

認知症高齢者のエイジング・イン・プレイスを果たす  
地域密着型事業所での看取りの実践

(課題番号 25463554)

平成25～28年度科学研究費助成事業基盤研究(C)

研究成果報告書

2017年1月

研究代表者 永田千鶴

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻

## 認知症高齢者のエイジング・イン・プレイスを果たす 地域密着型事業所での看取りの実践 報告書の発行にあたって

この報告書は、主に認知症高齢者が、心身の状態や環境に応じて、地域密着型サービスを利用しながら、「エイジング・イン・プレイス」(今いる場所で最期まで)を果たすことを目的として2013～16年度に実施した研究活動をまとめたものです。

2010年度から科学研究費の助成を受け、小規模多機能型居宅介護(以下、小規模多機能)、地域密着型介護老人福祉施設(以下、地域密着型特養)、認知症対応型共同生活介護(以下、グループホーム)の調査研究を実施し、3つの地域密着型サービス(以下、地域密着型)それぞれの特徴を活かしたケアモデルを開発いたしました(研究成果報告書「エイジング・イン・プレイスを果たす地域密着型事業所別認知症高齢者ケアモデルの開発」平成22～24年度科学研究費助成事業基盤研究(C)課題番号22592591)。その際めぐり合った事業所の職員の皆様は、とても意欲的で、地域密着型の強みは何かを追求し、利用者・家族と密接な関係を築きながら究極の個別ケアを実践していました。認知症があってもサービスを柔軟に利用することで独り暮らしを継続できていたり、医療ケアが実施できない中で終末期まで対応していたり、極力地域・自宅での生活を継続しようと努力しており、当時、国が期待していなかった看取りの実践にも取り組み、「エイジング・イン・プレイス」を果たしつつあると確信したものです。一方で、医療機関やサービス付高齢者住宅が充足する地域では、運営法人や経営者の方針で、「看取りは実践しない」と明言する事業所もありました。グループホームに看取り介護加算がつき、2015年度からは、小規模多機能に看取り連携体制加算がつくなど、医療機関ではなくほぼ医療職不在の地域密着型で看取りの実践が期待される世の中の流れに対して、看取りを実践しない方針の事業所だけではなく、経験は無いが看取りを実践しようとする事業所においても、現場の職員は、不安や心配からとまどっているようにみえました。

私は、地域密着型を拠点とした地域包括ケア体制の構築こそが、国が目指す地域包括ケアシステムを実現し、エイジング・イン・プレイスを果たすことができる、そのためには、医療職不在でも、連携協働体制による看取りの実践が必須だと考えます。そこで、われわれ研究者の立場からでも、地域密着型ならではの看取りを実践できるような支援ができないものかと考え、サポートプログラムの作成を試み、2013年度から、幸運にも科学研究費の助成を受けて、第二弾の研究活動に取り組みました。

2013年度は、共同研究者が居住する熊本市、福岡市、名古屋市、大阪市で、積極的に看取りに取り組む地域密着型の職員10名を対象にフォーカスグループインタビューを実施しました。地域密着型ならではの素晴らしい看取りの実践についての報告もありましたが、看取りを当たり前のこととして取り組む事業所の職員からは、「看取りに看護職は必要ない」「これからの自宅での看取りは困難」という発言や、さらには「小規模な地域密着型での看取り

は不適切で、従来型の介護保険施設で看取りを実践すべきである」といった意見も飛び出し、地域密着型で看取ることの意味について、考えさせられました。

2014年4月から山口大学に赴任し、その年に宇部市の地域密着型に足を運びました。よそ者の訪問に丁寧に対応してくださった職員の皆様には、心より感謝いたします。そして、その年の秋から「宇部から発信 地域密着型での看取り」と題してグループディスカッションを主体とした研修を行い、3年間継続させていただきました。また、職員だけでなく家族や住民を対象にした「看取りの学習会」を2ヶ所の事業所で実施しております。遅々とした草の根運動のような研究活動ですが、3年目の「宇部から発信」において、新たに3つの事業所で看取りを実践していたことがわかりました。一つの事業所は、研究者の訪問により「触発された」と語り、まさに種をまいて芽が出る瞬間を味わうことができました。これから看取りを実践しようと、家族との話し合いを繰り返し行っている事業所の管理者も「医師や家族と踏み込んだ話ができるようになった」と電話の向こうで意気揚々と話してくださいます。

2015・16年度は、富山県認知症グループホーム連絡協議会と交流をもつことができました。橋渡しをしてくれたのは、初めて看護師として勤務した病院で夜勤を組んだ先輩看護師です。先輩は、的確な看護をてきぱきと実践していましたが、今はグループホームの管理者として、ご利用者の旅立ちを、十分な時間と心をこめた「湯灌」により見送っておられます。

そして、呼ばれもしない4つの事業所の運営推進会議に参加させてもらい、2016年度は運営推進会議に出席する家族や、自治会長や民生委員を担う住民の皆様、行政の職員にもインタビューをさせてもらっております。住民の皆様には、研究依頼文を読んで「難しすぎる」「全くわからない」とのご指摘も受けましたが、インタビューには時間を超過して応じていただきました。

このように、4年間の研究で、改めてたくさんの皆様にご協力いただいたことを思いしらされます。この場を借りて心よりお礼申し上げます。また、共に活動を行ってくれる共同研究者の皆様には、出たところ勝負の突撃型活動に文句も言わずにお付き合いいただき、感謝の言葉もみつかりませんが、これからも末永くお付き合いいただきたいと思います。この研究活動は、容易に答えが出るようなものではありませんが、皆様とのつながりに感謝し、継続してまいりたいと思います。

なお、この報告書の内容は、ホームページ <http://nagata-lab.jp/> に掲載させていただきます。あわせてご覧いただき、今後のご支援を心よりお願いいたします。

2016年12月25日

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻  
研究代表者 永田千鶴  
熊本地震で被災した年のクリスマスに

平成25～28年度科学研究費助成事業基盤研究(C)

研究成果報告書

課題番号 25463554

研究課題

認知症高齢者のエイジング・イン・プレイスを果たす地域密着型事業所での看取りの実践

研究組織

研究代表者 永田 千鶴 (山口大学大学院医学系研究科保健学専攻地域・老年看護学講座)

研究分担者 北村 育子 (日本福祉大学社会福祉学部)

本郷 秀和 (福岡県立大学人間社会学部)

堤 雅恵 (山口大学大学院医学系研究科保健学専攻地域・老年看護学講座)

清永 麻子 (山口大学大学院医学系研究科保健学専攻地域・老年看護学講座)

連携研究者 松本 佳代 (熊本大学大学院生命科学研究部環境社会医学部門看護学講座)

中原 恵美 (元熊本保健科学大学保健科学部)



## 目 次

認知症高齢者のエイジング・イン・プレイスを果たす地域密着型事業所での看取りの実践  
報告書の発行にあたって

I	はじめに.....	1
II	本研究の意義.....	2
III	地域密着型(グループホーム・小規模多機能・地域密着型特養)の概要とケア.....	2
IV	地域密着型(グループホーム・小規模多機能・地域密着型特養)の特性と共通性.....	4
V	グループホームおよび小規模多機能での終末期ケア・看取りの状況.....	11
VI	2013～2014年度の研究活動および成果発表の概要.....	13
VII	研究活動の軌跡.....	15
	1 2013年度.....	15
	2 2014年度.....	30
	3 2015年度.....	45
	4 2016年度.....	63
VIII	研究の総括.....	86
IX	おわりに.....	88
X	謝辞.....	88
	文献.....	88
	資料 学会発表抄録・ポスター.....	93

## I はじめに

高齢者が人生の最終段階(看取り)を迎える場所には、病院、施設、自宅の大きく3つが挙げられる。国は、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができるよう、地域包括ケアシステムの構築を目指し、在宅医療を推進している。厚生労働省の人口動態調査によると、1950年代まで自宅での死亡割合が80%を占めていたが、2015年は、病院・診療所が76.6%(前年比0.7ポイント減)、老人ホーム・介護老人保健施設8.6%(同0.8ポイント増)、自宅12.7%(同0.1ポイント減)、その他2.1%(同0.1ポイント減)であり、施設での看取りは増えつつあるものの、自宅での看取りは広がらない実態がある。今後増加する死亡者数を考えると、自宅だけでは看取りが困難な場合、居住や泊まりの機能をもつ地域密着型サービス(以下、地域密着型)を利用したの看取りへの期待は大きい。特に、今後急増する認知症高齢者が、環境の変化によるダメージを極力受けることなく、看取りまでのケアを受けられる場(サービス)として、小規模で家庭的な環境を備える地域密着型は、最有力だと考えられる。

地域包括ケアシステム構築の目的は、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される(厚生労働省. 2013)ことと説明されている。地域密着型創設の目的は、要介護者の住み慣れた地域での生活を支える(厚生労働省. 2005)ことであり、今後増え続ける認知症高齢者や独居高齢者を見越して制度化されたものと考えられる。よって、地域密着型の制度化と地域包括ケアシステム構築の目的は、同様であり、地域包括ケアシステムにおいて、地域密着型は、ケアの拠点としての役割を期待されているものと考えられる。また、地域密着型での看取りが可能になれば、人生の最終段階を過ごす場所および看取りの場所の選択肢の一つとしても期待される。国外において、北欧やイギリスに地域包括ケアシステムとされる体制があるが、介護保険制度をいかしての、地域密着型を拠点とした地域包括ケアシステムは、日本独自の体制となる。

研究者らは、地域包括ケアシステムの構築により、「今いる場所で最期まで」暮らすことの実現(エイジング・イン・プレイス)が果たされると考え、「今いる場所」の1つとしてケアを担うであろう地域密着型をフィールドとした研究活動を継続している。高齢者が、たとえ独居で認知症になっても、環境の変化による心身のダメージを極力受けることなく、「今いる場所で最期まで」暮らすには、「今いる場所」のサービス提供者が、看取りまでを視野に入れたケアを提供することが求められると考えている。

本報告書は、2013～16年度の研究活動をまとめたものである。2014年度からは、認知症対応型共同生活介護(以下、グループホーム)と小規模多機能型共同生活介護(以下、小規模多機能)の二つの地域密着型に着目し、地域密着型で看取りを実践するためのサポートプログラムを実施した。ここでは、4年間の研究活動を総括し、得られた成果から今後の研究活動のあり方を検討したい。

## II 本研究の意義

本研究の特色および独創的な点は次の4点である。

- 1 地域密着型独自の看取りを促進できる。
- 2 地域密着型での看取りの促進により、地域密着型を拠点とした地域包括ケアシステムの構築に向けた地域づくりが展開できる。
- 3 医療・看護・福祉の領域にまたがる複数の専門職に適用可能な教育プログラムとなる。
- 4 専門職および住民、事業所の利用者・家族、職員の地域密着型での看取りに関する意識を啓発する。

以上のような研究は他に例がなく、今後の認知症施策や認知症高齢者の看取りまでのケアの方向性に関する重要なエビデンスとなると考えられる。また、看取りの方法や技術などを含む教育プログラムであるため、人材育成やケアの質向上の基礎的資料にもなる。地域密着型という暮らしの延長線上での看取りが可能になれば、環境の変化によるダメージの心配なく、安心して老い、最期のときを迎えることができる。さらに、医療機関以外の地域密着型で看取りまでのケアが適切に行えるようになれば、国民医療費の低減も期待できると考える。

## III 地域密着型(グループホーム・小規模多機能・地域密着型特養)の概要とケア

### 1. グループホーム

#### 1) 概要

グループホームは、当時の宅老所の「居住」部分をモデルに1990年代初め頃から姿を見せた。1994年に現厚生労働省の認知症ケアのモデル事業として認められ、1997年に制度化された。2000年に施行された介護保険制度下で居住系の居宅サービスに位置づけられた後、急激に数を増やし、2000年3月末時点で266事業所であったものが、2015年4月には12,776事業所となり、2014年度の利用者数は、約23万人となっている(厚生労働省, 2014)。なお、グループホームは、地域密着型の制度化後、地域密着型に移管されたため、居住地域と異なる市町村のグループホームを利用することはできない。

#### 2) ケア

グループホームでのケアが、認知症を治すことは難しくとも症状を緩和させることが実証され、その大きな要因は環境にあるとされる(外山, 2000)。すなわち、共同生活の単位を9人以下とする小規模で家庭的、そして認知症の人が自然に振る舞いやすく混乱しない居住空間で、慣れ親しんだ利用者および職員とともにゆったりと自由に、穏やかに、そして、その人ができる役割を担いながら生活することが効果を発揮する(外山, 2000; 山井, 2003; 中島, 2005)というものである。

当初、介護保険法や運営基準および解釈通知において、グループホームの対象は「要介護

者であって痴呆の状態にあるもの(痴呆に伴って著しい精神症状を呈する者及び当該痴呆に伴って著しい行動異常がある者並びにその者の痴呆の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。)(法第7条第15項)とされていた。すなわち、認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者は、共同生活住居において共同生活を送ることに支障があると考えられ、対象から除かれていた。そのため、グループホームの対象は、医療職の配置基準もなかったことから、ADLやコミュニケーション能力が保たれ、共同生活が送れる比較的自立度が高い人であったのである。

現行法では、「要介護者であって認知症であるもの(その者の認知症の原因となる疾患が急性の状態にある者を除く。)(法第8条第19項)と簡素化されているが、運営基準や解釈通知は同様であり、「少人数による共同生活を営むことに支障が無い者に提供する」とされている。

そのような中、2006年に医療連携体制加算、2009年に看取り介護加算が設けられ、2012年の改定では、特別養護老人ホームでの看取り介護加算と同等のレベルに引き上げられた。そのため、医療職の配置基準がないグループホームに、重度者のケアや終末期ケアおよび看取りまでが社会から期待されることになった。現在、一部のグループホームは看取りまでを実践し、多くのグループホームは、実践する方向で検討している段階にある。

## 2. 小規模多機能

### 1) 概要

小規模多機能もまた、当時の宅老所の「通い」や「泊まり」部分をモデルに2006年に地域密着型の一つとして制度化され、2015年4月時点で4,728事業所が設立され、2014年度の利用者数は、約12万6千人である(厚生労働省, 2014)。対象は、認知症の人に限定されず、市町村が指定する校区居住の要支援・要介護者であれば利用できる。

小規模多機能の理念は、高齢者介護研究会が2003年に出した報告書「2015年の高齢者介護」にある「在宅で365日24時間の安心を提供する:切れ目のない在宅サービスの提供」である。すなわち小規模多機能は、通いを中心とし、利用者の状態や希望に応じて、随時訪問や宿泊を柔軟に組み合わせて支援し、住み慣れた自宅での暮らしの継続を目指している。

### 2) ケア

小規模多機能では、3つのサービスを1つの窓口で環境を変えずに利用できるように、リロケーションダメージを最小限に抑えることができる。また、包括報酬のため、利用頻度が高い利用者にとっては利用価値が高い。ただし、複数の小規模多機能の利用や、利用する小規模多機能以外の訪問介護や通所サービスの併用ができないために、他の介護保険サービスから移行する場合、ケアマネジャーを変更せざるをえない場合がある(北村ほか, 2013)。

小規模多機能においては、看護職員1以上の配置基準があり、常勤の看護師を1以上配置した場合、看護職員配置加算が得られる。もっとも、小規模多機能に常時医療職がいる状態ではないため、グループホームと同様、重度者へのケアや医療の提供は想定されていなか

ったと考えられる。

居住系でもなく通所系だけでもない小規模多機能への事業所外からの医療提供には、いくつかの制限がある。たとえば、小規模多機能事業所への訪問診療や往診は、宿泊サービス利用時のみの提供となっており、訪問看護は、末期の悪性腫瘍等の患者および急性増悪など一時的な状況のみに提供が限られている。通いサービス利用中の自宅への訪問診療・往診、訪問看護は利用できるが、宿泊サービスや介護保険下の限度額との調整により、入念にケアプランを立てる必要があるため、利用しにくい面がある。

そのような中、2015年4月に看取り連携体制加算が設けられ、居住系のグループホームに加えて、主に通所系の小規模多機能においても重度者へのケアや終末期ケアおよび看取りまでが期待されることになったのである。

### 3. 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

#### 1) 概要

地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護(以下、地域密着型特養)は、小規模多機能と同様 2006 年度に制度化された地域密着型の一つである。地域密着型特養の定員は 29 人以下であり、定員 30 人以上の従来型介護老人福祉施設(以下、従来型特養)と同様、常に介護が必要な要介護 3 以上の者を対象としている(経過措置有)。2014 年 10 月 1 日現在、従来型特養 7,249 か所に対し、地域密着型特養 1,691 か所である。

#### 2) ケア

地域密着型特養は、原則ユニット型で居室は個室という環境下で、地域や家族との結びつきを重視しながらケアを提供している。従来型特養での多床室、集団ケア、と比較してユニットケアでは、入居者の食事が増える、失禁がなくなる、職員のケアへの意欲が高まるなど良い影響が報告されている。

## IV 地域密着型(グループホーム・小規模多機能・地域密着型特養)の特性と共通性

2010～12 年度に調査した小規模多機能、地域密着型特養、小規模多機能併設グループホームのケアサービスの内容を質的記述的に分析し、各々の地域密着型におけるケアサービスの特性と共通性について、以下に述べる。(「エイジング・イン・プレイスを果たす地域密着型事業所別認知症高齢者ケアモデルの開発」平成 22～24 年度科学研究費助成事業基盤研究(C)により実施した研究の一部および成果報告としての「地域包括ケア体制下でエイジング・イン・プレイスを果たす地域密着型サービスの機能と課題」日本地域看護学会誌 17(1), 23-31, 2014, より抜粋および修正)

### 1. 地域密着型(グループホーム・小規模多機能・地域密着型特養)の特性

小規模多機能において、独自の内容を含むカテゴリーは、【24 時間医療ニーズに対応する】、

【多機能をいかして暮らしや看取りを支える】、【自宅を暮らしの拠点として支える】の3つであった。小規模多機能のケアサービスの特性は、①<訪問看護とつながる><医師とつながる>など「24時間対応」の「協働」体制を要として<小規模でできる限りの医療ニーズに対応>することで【24時間医療ニーズに対応】していること、②「柔軟なサービス変更」「サービスの組み合わせ」「適宜な宿泊」「臨機応変」に表現されるように、通い、泊まり、訪問サービスの3つの<サービスを柔軟にマネジメントし>て看取りにまで対応するといった、【多機能をいかして暮らしや看取りを支える】こと、③「自宅の環境整備」に目を向け「通いと訪問を組み合わせる」など<通い中心のサービス提供を貫き>、「24時間電話対応」できる体制をとり「自宅との接点」をもった<必要量のサービス提供>を行い、【自宅を暮らしの拠点として支え】ていた(表1)。

地域密着型特養において独自の 카테고리は【ユニット型の特徴をいかす】であり、「ユニットケアに適した職員配置」の下、利用者の「意思の尊重」「個々の楽しみ・望みへ対応」を行い、「利用者の能力を損なわない」ように<個別ケアを追求する>ことや、<職員が実践したいよりよいケアを実現する>ことなどが特性として挙げられた(表2)。

小規模多機能併設グループホームに独自の カテゴリは、【併設のメリットをいかす】であり、特性としては、併設のメリットをいかして、①「合同の行事での交流」や「双方の利用者が一緒に食事をとる」など<両施設の利用者・職員が交流しなじみの関係をつく>ったり、小規模多機能とグループホーム「双方が自分たちの事業所との認識」をもち、「一貫した運営やケア」「効率的職員配置」「介護のスキルを高められる」「各々の良さを学ぶ」など<協働しケアの質向上にいかす>ことができること、②在宅から居住施設であるグループホームまで、「リロケーションダメージを抑え」、<在宅から施設まで切れ目のないケアサービスを提供する>ことが挙げられた(表3)。

## 2. 地域密着型(グループホーム・小規模多機能・地域密着型特養)に共通したケアサービスの現状

3種の地域密着型のケアサービスで、共通あるいは類似するカテゴリおよびサブは、【認知症高齢者に向き合う】(地域密着型特養では【ユニット型の特徴をいかす】のサブ<認知症高齢者に向き合う>)、【地域密着型としての機能を果たす】(小規模多機能事業所では【地域に密着して活動する】)、【終末期ケア・看取りを支える】(小規模多機能事業所では独自の カテゴリでもあるが、終末期ケア・看取りに関する共通部分がある【24時間医療ニーズに対応する】【多機能をいかして暮らしや看取りを支える】)、【安定した運営をする】(小規模多機能併設グループホームでは【地域密着型としての機能を果たす】のサブ<安定した運営をする>)であった。共通したケアサービスの現状を整理すると、①地域密着型サービス自体が小規模・少人数・でユニット型であることから、「制限や拘束をせず(表3.4)」に「個々のペースを尊重(表2)」するなど個別に対応でき、【認知症高齢者に向き合う】ケアを提供していること、②【地域密着型としての機能を果たす】ために<地域・住民とつなが

り>、<家族とつながり>、時には<行政とつながり>、ケアサービスが提供されていること、③<家族とつながる>ことを重視し、「家族と看取る」ことを可能にし、<利用者・家族の意向に添>って【終末期ケア・看取りを支える】こと、また、④【24時間医療ニーズに対応する】（小規模多機能）、<協働する体制を整え医療ニーズに対応する>（地域密着型特養および小規模多機能併設グループホーム）など、医療が提供しにくい環境下で【終末期ケア・看取りを支える】こと、さらには、地域密着型サービスには⑤【安定した運営をする】（小規模多機能併設グループホームではサブ）ことが求められていた。

### 3. 地域密着型(グループホーム・小規模多機能・地域密着型特養)特性と共通性から得られた示唆

#### 1) 3種の地域密着型(グループホーム・小規模多機能・地域密着型特養)の特性と共通点

利用者がサービス提供を受ける「今いる場所」は、小規模多機能は自宅であるが、地域密着型特養とグループホームは、自宅から移り住んだそれぞれの事業所となる。エイジング・イン・プレイスを果たすために、小規模多機能は、「24時間対応」の複数の<サービスを柔軟にマネジメント>することで【自宅を暮らしの拠点として…】、【…医療ニーズに対応し】、【…暮らしや看取りを支え】ていた。地域密着型特養と小規模多機能併設グループホームは、それぞれの事業所を暮らしの場として、各々【ユニット型の特徴をいかし】、【併設のメリットをいかし】サービスを提供している。

3種の地域密着型サービスに共通して提供されていた【認知症高齢者に向き合う】【地域密着型としての機能を果たす】【終末期ケア・看取りを支える】ケアサービスは、認知症高齢者を対象に、地域密着型ならではの家族を含む関係機関との連携体制、すなわちネットワークをいかしており、終末期ケア・看取りも、連携を要として取り組まれていた。

エイジング・イン・プレイスを果たすには、これら地域密着型サービスの特性を十分に把握した上で、適切な事業所を選択し、利用することが重要である。たとえば、極力自宅での暮らしを継続することが望ましい場合は小規模多機能を、認知症の進行とともに自宅での生活が困難となることが予測される場合は小規模多機能併設グループホームを選択する。また、自宅での生活はすでに困難で、特別養護老人ホームを検討する際、従来型特養とするか、地域密着型特養とするかの選択は重要である。地域密着型に共通する小規模・少人数・ユニット型での個別ケア、家族とのつながりを重視し家族と共に実践するケアが望ましい場合は、地域密着型特養を選択することが考えられる。サービスをつなぐ専門家には、極力適切な事業所の利用に結びつくように、経済的な側面も含めた利用者状況の的確なアセスメントと、事業所の適切な情報提供が求められる。

#### 2) 地域包括ケアシステム下で担うべき地域密着型の機能と今後の課題

これら地域密着型各々の共通性と特性をいかして、地域包括ケアシステムの中で担うべき機能について検討するために、国が挙げている地域包括ケアに取り組む5つの視点から考察する。この5つの視点とは、①医療との連携強化、②介護サービスの充実強化、③予防

の推進、④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など、⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備であり、住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの実現を目指す。地域包括ケアシステムを構築するための地域密着型の機能は、上記5つの視点のうち、国は②の介護サービスの充実強化の担い手として期待するが、小規模多機能のように④の多様な生活支援による自宅での支援機能、地域密着型特養およびグループホームのように⑤の高齢期になっても住み続けることのできる住まいとしての機能をもつ。さらに、日常生活圏域における介護の拠点として、様々な関係機関および専門職、地域・住民・家族、行政とのネットワークをいかしたケアニーズへのタイムリーな対応こそが、地域密着型サービスに期待できる機能であると考えられる。

また、①医療との連携強化についても、3種の地域密着型では、事業所の努力により実践され、利用者・家族の限られた医療への理解を得ながら医療ニーズに対応している。しかしながら、地域包括ケアシステムで「どこに暮らしていても、必要な医療が確実に提供される」社会を目指す場合、地域密着型は、介護の対象であって医療の対象からはやや外れている印象を受ける。報酬として医療連携体制加算や重度化対応加算、看取り介護(ターミナルケア)加算がつき、訪問診療が算定できるようにしても、小規模多機能への訪問看護や訪問診療が認められないことやグループホームに医療職の人員配置基準がないこと、すなわち、地域密着型に常時医療職がない環境を踏まえると、医療の提供は特別な状況下であり、日常的ではないと考えられる。地域密着型は、介護を中核とし、医療機関と同等の医療を求めるわけではないが、終末期ケア・看取りまでを含めたエイジング・イン・プレイスを果たすためには、今以上の医療ニーズへの対応が必須であると考えられる。よって、地域密着型における高齢者への医療提供のあり方を明確に示すことが、今後の課題の1つである。高齢者がたとえ認知症になっても、極力環境を変えずに最期まで暮らし続けるためには、医療は必須であり、常時医療職がない状況下においていかに医療を提供するのか、具体的な指針を示すことが求められる。

### 3)3種の地域密着型(グループホーム・小規模多機能・地域密着型特養)の調査研究における結論

3つの地域密着型に共通するケアサービスは、【認知症高齢者に向き合う】【地域密着型としての機能を果たす】【終末期ケア・看取りを支える】であった。

地域包括ケアシステム下でのエイジング・イン・プレイスを果たす地域密着型の機能は、介護サービスの充実強化や住まいの機能のほか、ネットワークをいかしたケアニーズへのタイムリーな対応が挙げられた。課題としては、医療との連携強化において、地域密着型における高齢者への医療提供のあり方を明確にすることが示唆された。また、本調査研究においては、対象が、地域密着型での終末期ケア・看取りに対して肯定的であったために、共通するケアサービスに【終末期ケア・看取りを支える】が抽出されたものと考えられる。



表1 小規模多機能のケアサービス

カテゴリー	サブカテゴリー	重要アイテム (コード)
24時間医療ニーズに対応する	<p>訪問看護とつながる</p> <p>医師とつながる</p> <p>小規模でできる限りの医療ニーズに対応する</p> <p>訪問診療・訪問看護を可能とする制度改正をする</p>	<p>訪問看護との組み合わせ、24時間対応の訪問看護</p> <p>在宅療養支援医との協働、かかりつけ、歯科等との協働</p> <p>24時間対応の医師との協働、不要な治療を避ける</p> <p>家族や近隣の人達と共に看取る、小規模の看護師が対応、看護師の複数配置、看取りに向けた情報の共有、痛みのコントロール、家族への説明の場、看取りに応じる、看取りに向けた宿泊サービスの提供</p> <p>医療連携体制の確立、24時間365日訪問診療・訪問看護体制</p>
多機能をいかして暮らしや看取りを支える	<p>健康管理を徹底して暮らしを支える</p> <p>利用者・家族の意向に添う</p> <p>サービスを柔軟にマネジメントする</p>	<p>アセスメント、病状悪化の予防、必要な治療の継続</p> <p>柔軟な個別対応、頻繁なケアプランの変更、医師への橋渡し、きめ細かなニーズへの対応、看取りの意向に対応</p> <p>リアルな情報に基づくマネジメント、柔軟なサービス変更、サービスの組み合わせ、適宜な宿泊、臨機応変</p>
自宅を暮らしの拠点として支える	<p>通い中心のサービス提供を貫く</p> <p>必要量のサービスを提供する</p>	<p>通い中心、通いと訪問の組み合わせ、自宅の環境整備</p> <p>必要量、利用者・家族が望む自宅での暮らし、小規模の意義への理解を得る、24時間電話対応、自宅との接点</p>
地域に密着して活動する	<p>利用者・家族とつながる</p> <p>地域・住民とつながる</p> <p>行政とつながる</p> <p>介護保険事業や他の関係機関とつながる</p> <p>職員の労働環境を整える</p> <p>制度改正の必要性を問う</p>	<p>周辺症状への家族の理解、亡くなった後も家族とつながる、家族との関係保持</p> <p>地域住民の理解、地域住民との交流の場、地域に根差す</p> <p>自治体のビジョンの明確化、運営上の疑問を投げかける、連携による生活困窮者への対応</p> <p>小規模のよさの理解、関係機関との連携、支援者間の連携</p> <p>雇用条件の整備、バーンアウトへの支援、教育研修制度の見直し、認定基準の見直し、看護師の位置づけ</p>
認知症高齢者に向き合う	<p>認知症高齢者の暮らしを自然に支える</p> <p>認知症高齢者の生活を整える</p> <p>小規模での和づくり</p>	<p>訪問での関係構築、自宅の雰囲気、個々のペースの尊重、利用者地域とのつながりの保持、圏域内でのサービス</p> <p>最期まで意向に添う、最小限の医療、食べられる工夫、環境整備、家族関係の修復</p> <p>利用者同士の良い関係、馴染みの関係と安心できる場</p>
安定した運営をする	<p>住まいも含めてサービスを提供する</p> <p>利用者を増やす</p>	<p>住み替えた利用者支援、身寄りのない独居高齢者支援</p> <p>併設施設の強みをいかす、家族との信頼関係の構築</p>

表2 地域密着型特養のケアサービス

カテゴリー	サブカテゴリー	重要アイテム (コード)
ユニット型の 特徴をいかす	個別ケアを追求する  認知症高齢者に向き合う  職員が実践したいよりよいケア を実現する	意思の尊重、個々の楽しみ・望みへの対応、利用者の能力を 損なわない、家族との関係保持、ユニットケア、職員と利用 者、利用者間の相性の考慮、自治会や家族会を作る、 <u>職員教 育</u> 、 <u>手厚い職員配置</u> 、 <u>ユニットケアに適した職員配置</u> 制限や拘束をしない、時間をかける、価値観の尊重、知識や 技術をいかす、重度の認知症高齢者ケアの実践 職員が実践したいケアの実現、ケアの成果の共有
終末期ケア・看 取りを支える	利用者・家族の意向に添う  協働する体制を整え医療ニーズ に対応する  終末期ケア・看取りに対する力 量を高める  安寧な最期を迎えられるように 関わる  限られた医療での終末期ケア・ 看取りへの理解を得る	家族の意向に添った救急搬送、退院に対応、 <u>看取りの意向 に対応</u> 、家族の意向の頻繁な確認、アセスメントに基づく 対応 協力医、かかりつけ医等との連携、職員間の協働体制、看取 り方針への共通理解、がんの終末期への対応 技術・態度の習得、判断力・予測力・説明力を養う、デスカ ンファレンス、職員の満足感・達成感への支援、職員の気分 転換への支援、自由に意見交換できる職場環境 利用者の死を受け止める準備、 <u>家族と共に看取る</u> 、限られ た医療の下での最善のケア、終末期医療の身体負荷への家 族の理解、利用者・家族が快適に過ごせる環境 インフォームドコンセントによる急変時や終末期の意向の 確認、限られた医療の説明
地域密着型と しての機能を 果たす	家族とつながる  地域・住民とつながる  行政とつながる  なじみの環境をいかす	利用者 <u>と家族の関係の保持</u> 、亡くなった後も家族とつなが る、家族のケアへの参加 地域構成員の役割を果たす、地域住民にとっての頼れる場 所、医師・看護師の24時間体制、住民との相互理解、地域 で取り組む高齢者ケア、地域資源の利用 自治体の保健福祉計画との整合性、連携による生活困窮者 への対応、補助金を得る、制度構築の要求 近隣住民が優先利用、強い精神的つながり、入院してもも どれる
安定した運営 をする	同一グループの強みをいかす  職員の労働環境を整える	併設事業などの運営、グループ施設からのマンパワー 離職を防ぐ体制、看護師や熟練者の配置、職員の生活に応 じた勤務形態、賃金の充実

表3 小規模多機能併設グループホームのケアサービス

カテゴリー	サブカテゴリー	重要アイテム (コード)
併設のメリットをいかす	<p>両施設の利用者・職員が交流し なじみの関係をつくる</p> <p>在宅から施設まで切れ目のない ケアサービスを提供する</p> <p>協働しケアの質向上にいかす</p>	<p>合同の行事での交流、両施設の利用者・職員の交流の機会、 双方の利用者が一緒に食事をとる</p> <p>小規模からグループホームへ移行しやすい、リロケーション ダメージを抑える</p> <p>双方が自分達の事業所との認識、一貫した運営やケア、効 率的職員配置、介護のスキルを高められる、各々の良さを 学ぶ</p>
終末期ケア・看取りを支える	<p>協働する体制を整え医療ニーズ に対応する</p> <p>利用者・家族の意向に添う</p> <p>終末期ケア・看取りに対する力 量を高める</p> <p>安寧な最期を迎えられるように 関わる</p>	<p>小規模看護師との協働、家族と看取る、自宅か事業所を選 択可能、職員のサポート、人員配置基準や介護報酬の見直 し</p> <p>退院に対応、家族の意向の頻繁な確認、利用者の意向尊重、 看取りの意向に対応</p> <p>技術・態度の習得、グループホーム看護師の役割を果たす、 家族の満足を得る、職員の満足感・達成感への支援、デスカ ンファレンス・研修</p> <p>親しんだ環境での最期、なじみの関係の中での最期</p>
認知症高齢者 に向き合う	<p>認知症高齢者の尊厳を守る個別 ケアを提供する</p> <p>ユニット型の特徴をいかす</p> <p>認知症ケアの専門性を向上させ る</p>	<p>基本的ニーズを満たす、認知症の理解、要望に答える、役割 や生きがい作り、制限や拘束をしない、外出の機会、ケアの 統一</p> <p>家庭的な環境、利用者と施設・職員の個性をいかす</p> <p>認知症の理解を深める、ケアの成功体験の積み重ね、協働 体制、教育・研修</p>
地域密着型と しての機能を 果たす	<p>地域・住民とつながる</p> <p>家族とつながる</p> <p>安定した運営をする</p>	<p>住民との交流、施設の開放、地域の資源の利用、認知症や福 祉の啓発、地域の安全や福祉の向上、住民のニーズに対応</p> <p>家族のケアへの参加、家族との関係保持、家族の出番、家族 の協力を得る、家族との信頼関係</p> <p>介護は人なり、職員のケアへのサポート、働きやすい環境</p>

\*表1, 2, 3ともに共通する内容は網掛けし、特性には下線を引いた。

#### 4. 地域密着型の強み

地域密着型の強みは、山口(2005)、佐藤(2006)らの研究に述べられているとおり、まずは、少人数・小規模・ユニット型といった家庭的な環境下で、特に専門的な認知症ケアを提供し効果を実証できることである。次に、家族と利用者のつながりを重視した個別ケアが可能なことであり、利用者や家族との関係を継続させ、職員とも親密な関係を築き、双方が満足できるケアを提供できる。また、職員や利用者・家族もその地域の居住者である場合も多く、なじみの関係での安心感がある。さらに、「地域密着」性としての、地域住民との交流・

協働が特徴であること、が挙げられる。

「地域密着」性の地域住民との交流・協働の例を挙げてみると、利用者による地域の夏祭りや敬老会などの行事への参加、住民による事業所でのボランティア活動、職員による地域の清掃活動やパトロールの実施などが知られている。地域住民との交流により、事業所に対する理解が深まり、協働へと拡大すると、自治会主催で住民と共に避難訓練を行ったり、徘徊模擬訓練を行ったりして、地域で認知症の人を支える体制が築かれる。一方、事業所側では、住民によるサークル活動の場所、緊急避難場所、子どもやしょうがい児・者との共生の場所、子育て支援、介護や健康相談窓口などの機能を担う。さらに発展すると、地域密着型で育まれた家族会や運営推進会議のネットワークをいかし、社会貢献として、認知症サポーター養成講座の開催や、サロンやカフェの運営、地域情報誌を発行する地域密着型もある。よって、地域密着型は、事業所を拠点とした地域づくりという、大きな役割を担っていることがわかる。

このような、「地域密着」性としての活動は、職員にとっての時間的・物理的な限界や困難が指摘されている(金, 2015)。しかしながら、地域住民との交流や協働が活発になると、自治会長や民生児童委員などの地域のキーパーソン、警察、消防署、郵便局、銀行、学校などの理解や協力が得られ、地域密着型の密室性や閉鎖性の解消など、運営上の問題点を解決できる利点がある。

## V グループホームおよび小規模多機能での終末期ケア・看取りの状況

研究者らのこれまでの研究活動で、グループホームや小規模多機能での終末期ケア・看取りの実践状況は多様であることがわかった(永田ほか, 2010; 2013)。たとえば、医療職がいなくても地域の医療機関と連携して看取りを実践していたり、常勤の複数の看護職を配置しながらも終末期は医療機関へ搬送していたりした。通所系の小規模多機能であっても、高齢者を対象とするので、いつ何があってもおかしくないと、最初から終末期ケア・看取りを想定し、実践している事業所も存在した。よって、終末期ケア・看取りの実践は、医療職の配置の有無に影響されるものでもなく、それぞれの事業所の経営者の方針や地域の事情、管理者および職員の意識や決断、覚悟の有無によるものと考えられた。

前述したように、地域密着型では、家族や利用者との親密な関係性により、職員・家族の双方にとって満足できるケアができる。例えば看取りの際、家族が地域密着型に寝泊りし、介護に疲れたら事業所のリビングに出てきて利用者や職員とお茶を飲み、また居室にもどって介護する、ということが可能になる。小規模多機能を利用し、自宅で看取りたいという意向があれば、自宅で療養できるように訪問診療や往診、訪問看護と地域密着型の訪問サービスの体制を整えることができる。すなわち、事業所で看取るにしても、自宅で看取るにしても、職員の支援の下、家族主体で看取ることが可能となる。

職員側にとってはどうだろうか。先行研究においては、看取ることへの戸惑い、恐怖や不

安などの心理的負担を指摘する報告(平木ほか, 2008・2011 ; 高島, 2012)がある一方で、地域密着型での看取りの価値を示す報告(兼田, 2011;松井ほか, 2010)もある。

職員の恐怖や不安は夜勤の際に強い様子が伺え、このことは容易に理解できる。地域密着型では、常時医療職がいなくても、医療との連携が切れるわけではなく、特に終末期ケア・看取りでは、医師の力が必要である。地域密着型での医療提供は、かかりつけ医を主治医とした関係を継続できる利点があるため、地域密着型での終末期ケア・看取りに対する主治医の理解が得られれば、利用者・家族、職員の双方にとって、恐怖や不安のない終末期ケア・看取りの体制が構築できると考える。

以上のことから、地域密着型で地域密着型の強みをいかした看取りを可能とするためには、大きく医療との連携協働体制の構築と人材育成の二つが挙げられ、人材育成を主眼においた教育プログラムによるサポート体制が必要であると考えられた。そこで、2013～2016年度に、地域密着型での看取りの実践に向けて、職員をサポートするために行った取り組みを、成果報告と共に以下に紹介する。

## VI 2013～2016 年度の研究活動および成果発表の概要

### 1. 2013 年度

9月7日(土)グループインタビュー(於熊本大学)

地域密着型サービスで「終末期ケア・看取り」までを実現するために

### 2. 2014 年度

6月～8月 宇部市グループホーム 18 か所、小規模多機能 5 か所訪問

11月15日(土)、12月6日(土)

第1回 宇部から発信 地域密着型での看取り(於山口大学)

### 3. 2015 年度

6月12日(金)

富山県認知症グループホーム連絡協議会総会記念講演会(於サンシップ富山)

7月18日(土)「看取りの学習会」(於なのはなの家)

8月5日(水)「看取りの学習会」恩田市民センター(於恩田地区民生児童委員協議会)

10月31日(土)第2回 宇部から発信 地域密着型での看取り(於山口大学)

11月14日(土)日本老年看護学会 2015 年度 生涯学習支援研修応用編

老年看護学と地域包括ケア(於日本教育会館)

「地域密着型サービスが地域包括ケアシステムで果たす機能と看護職の役割」

3月6日(日) 平成 27 年度山口県医師会男女共同参画部会総会

「介護に関する一問一答」(於ユウベルホテル松政)

### 4. 2016 年度

6月～8月宇部市グループホーム職員(13名)インタビュー

6月20日(月)～22日(水)富山県認知症グループホーム連絡協議会管理者研修

富山県グループホーム職員(7名)インタビュー

6月～9月富山県・宇部市運営推進会議構成メンバー(24名)インタビュー

9月10日(土)第3回 宇部から発信 地域密着型での看取り(於山口大学)

10月16日(日)第122回山口大学医学会学術講演会特別講演

「エイジング・イン・プレイスの実現ー今いる場所で最期までー」

10月23日(日)平成 28 年度 地域交流会

「看取りの学習会」(於ディサービスセンターだんけ)

\*11月12日(土)・13日(日)エンドオブライフ・ケア援助者養成基礎講座受講

(於イオンコンパス東京駅前)

## 5. 学会発表

- 1) 永田千鶴・松本佳代:地域包括ケアにおける地域密着型サービスの機能ーエイジング・イン・プレイスを果たすケアモデルの検討ー, 日本看護科学学会第 33 回学術集会, 2013. 12. 6・7(於大阪国際会議場)
- 2) Ikuko Kitamura, Chizuru Nagata: Factors Enabling Elderly People with Dementia Age-in-place by Utilizing Multiservice Agencies, The Gerontological Society of America's 66th Annual Scientific Meeting, November 20-24, 2013.  
(Sheraton New Orleans・New Orleans Marriott)
- 3) 永田千鶴・松本佳代・中原恵美・清永麻子・北村育子・堤雅恵:地域密着型サービスでの看取りの実践ーグループワークで語られた看取りの経験の分析ー, 日本地域看護学会第 18 回学術集会, 2015. 8. 1・2(於パシフィコ横浜)
- 4) Nagata C., Matsumoto K., Nakahara M., Kiyonaga A., Tsutsumi M.: Exploring the needs of community care workers to enable older people with dementia to age in place, The 6<sup>th</sup> International Conference on Community Health Nursing Research, August 19-21, 2015.  
(Seoul National University Cultural Convention Center, Seoul, Korea)
- 5) 永田千鶴・清永麻子・堤雅恵:地域密着型サービスでの看取りの実現ーグループホーム職員と利用者家族・住民を対象とした利用者家族・住民を対象とした看取りケア教育の実施ー, 日本地域看護学会第 19 回学術集会, 2016. 8. 26・27(於自治医科大学)

## 6. 学術論文

- 1) 永田千鶴, 北村育子, 松本佳代, 東清巳, 松本千晴, 本郷秀和,: エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデルの開発ー小規模多機能事業所併設グループホームにおけるケアサービスの探究ー, 熊本大学医学部保健学科紀要, 第 10 号, 15-26, 2014.
- 2) 永田千鶴, 北村育子: 地域包括ケア体制下でエイジング・イン・プレイスを果たす地域密着型サービスの機能と課題, 日本地域看護学会誌, 17(1), 23-31, 2014.
- 3) 永田千鶴: グループホームがもつ強みをいかした認知症ケアの実践, 臨床精神医学; 45(5), 559-564, 2016.
- 4) 永田千鶴: 地域密着型サービスが地域包括ケアシステムで果たす機能と看護職の役割, 老年看護学; 21(1), 5-9, 2016(特別寄稿).
- 5) 永田千鶴, 清永麻子, 堤雅恵, 松本佳代, 北村育子: 地域密着型サービスでの看取りの実現ーフォーカスグループディスカッションによる研修を通してー, 日本地域看護学会誌, 19(2), 22-30, 2016.
- 6) 永田千鶴: 認知症高齢者のエイジング・イン・プレイスを果たす地域密着型サービスでの看取りの実現, 山口医学(総説原稿掲載予定)

## Ⅶ 研究活動の軌跡

### 1. 2013 年度

9月7日(土)13時~17時 グループインタビュー(於熊本大学 E506 号室)

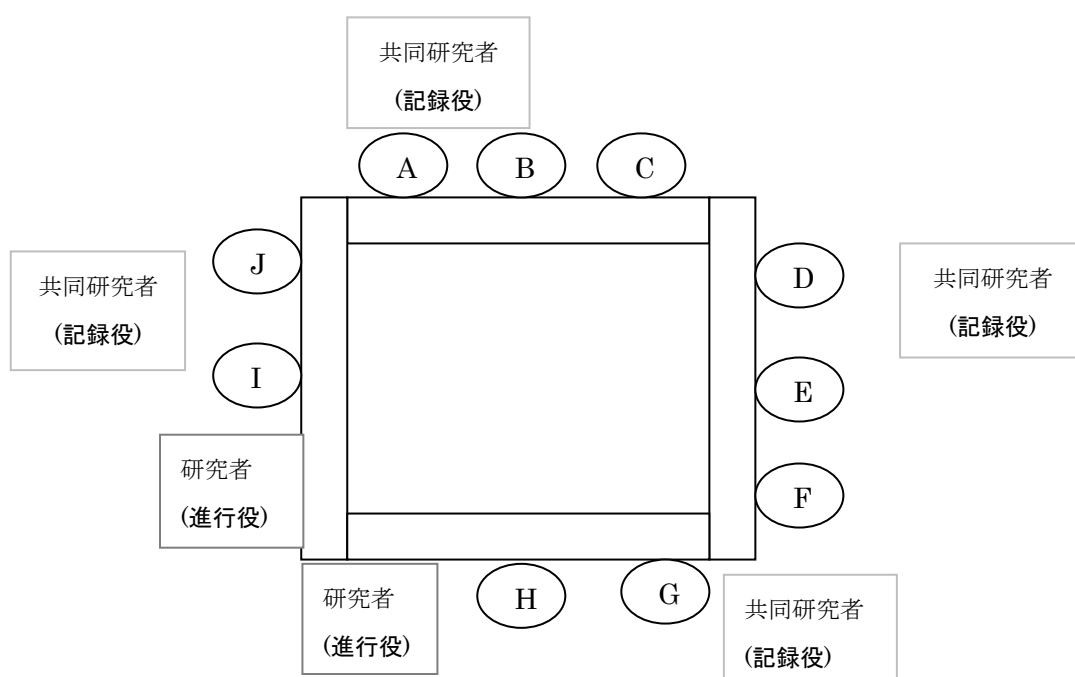
地域密着型サービスで「終末期ケア・看取り」までを実現するために

#### 1) 研究参加者 10人

小規模多機能事業所3人、地域密着型特養3人、小規模多機能併設グループホーム4人

#### 2) グループインタビューの方法

<参加者配置イメージ図>



#### 3) アンケート結果 (n=10)

##### (1) グループインタビューに参加して3つの地域密着型の特徴は理解できたか

理解できた6人、やや理解できた4人

##### 【記述内容】

- ✓ 地域密着型特養の取り組みを知れた
- ✓ 3種の事業所での価値観の違いはあったが、それぞれ目の前にいる人への思いは同じだったのではないか
- ✓ 医療制度などの細かい部分に関して新たに知ることができた
- ✓ どの事業所も医療との関係で悩みを持っていた

##### (2) グループインタビューを通してケアモデルは現場に適合するものとなっているか

適合する3人、やや適合する5人、無記入2人



【記述内容】

- ✓ 個別のニーズがあり、全てに適合するとはいけない
- ✓ 選ぶことのできない項目が多かった
- ✓ ケアモデルとしては適合する

(3) グループインタビューを通して地域密着型で看取りを実施する際の課題は明らかになったか

明確になった5人、やや明確になった5人

【記述内容】

- ✓ 個々の役割を明確にすることで、取り組みが容易になる。どこも死ぬ場所ではなく、生き抜く場所である
- ✓ 制度での限界が明確になった
- ✓ 医師、看護師、介護職など、看取りに対する意識を共通する。家族との看取りの勉強会は必要
- ✓ 自宅にもどることも家族に伝えていくべき
- ✓ 医療問題をかかえている
- ✓ 制度の見直し
- ✓ 課題は明確になったがいろいろな問題が山積みである。スタッフの温度差をなくするためには常日頃勉強会やミーティングが必要だと思う

(4) グループインタビューを通して地域密着型での看取りの実現可能性をどう考えるか  
日常的に実践できる5人、特例的に実践できる5人

【記述内容】

- ✓ 医療との連携など課題も多いが、確かな実践を積み重ね、発信できれば可能になると思う
- ✓ 看取りケアが日常的になるように挑戦していく
- ✓ 利用者のことを考えれば、事業所職員や家族など、社会資源を活用する

(5) そのほか

- ✓ 日々の実践に関してこのような議論をする機会をいただき、感謝している
- ✓ 複数の職種、事業所の方々の話が聞けて、良かった

「終末期ケア・看取りの実践事例」シート

(事例番号)	1	性別	女性	年齢	95歳	主治医	往診可/不可 在宅支援診療医 病院勤務医
利用期間	18年6月4日～		22年5月7日		利用前の居所	自宅 →老健→特養→ →現在の居所 特養	
事業所を利用するに至った経緯	平成10年脳梗塞発症、在宅生活が困難となり老人保健施設へ入所するも、生来の酒好き。犬好きから施設の生活に馴染めず、数か所の老健、特養の入退所を繰り返す、困り果てた家族が風の便りに聞いた酒も自由で犬が放し飼いになっている〇〇を訪れ、入居にいたる。						
主疾患	脳梗塞・パーキンソン 交通事故により脊椎損傷						
症状・状態	車椅子、脊椎損傷により背中曲げ伸ばし不自由						
本人の終末期(看取り)への希望	看取り状態になって、呼吸困難な状態が続いたため一旦入院する。4月25日入院中に家族から連絡を受け面会に訪れる。本人の希望として「家で死にたい」家とは本人にとって〇〇なんですと言われる。それを受け、今後は症状に動揺することなく最期を看取ることです。						
家族の終末期(看取り)への希望	……家族を含め意志の統一ができた。4月27日退院、本人と私(管理者)の間で5月の連休中は死なない、と約束をする。私とは、こんな無茶なことが言える関係性ができていたのです。						
必要だった医療処置と対応	ナノバブル水と生姜湿布を状態に応じて実施する						
家庭および住環境	1.独居・介護者不在 2.高齢者世帯		3.日中独居 4.その他		<住環境>		
終末期ケア(看取り)の経過	( )<家族構成>						
地域密着型事業所としての終末期ケア(看取り)で実践できたこと	4月27日退院 毎日ナノバブル水でこまめに口の中を湿らすことを繰り返す 5月2日 お風呂で体を流し、お酒を口に湿らせる 5月7日約束どおり連休を持ちこたえ最期を迎える						
地域密着型事業所で終末期ケア(看取り)を実践することの意義	施設での生活は、毎日夜の晩酌を楽しみにして過ごされていた。 日課として施設内の電気を消して回る、頼みもしないのに私の机の上に週1回一週間かけて作った広告の裏面利用したメモ紙を山のように置いていくこと、断ってもまた次の週には必ず持ってくる。 年に2回の宝くじの購入は欠かさず、当たったら半分あげるから買って来てと頼まれ、本当に当たったらどうなっていたのだから、今となっては懐かしい思い出です。						
	地域密着型であろうと、広域型であろうと、まして、病院でも、大切な視点は本人がここでこの人たちに囲まれた最期で良いと思えているかどうかではないでしょうか。最期を迎える本人にとって業務を超えた関係性こそ死に行く人にとっての何よりの環境だと思えてなりません。ユニットケアの現場では終末期という言葉は当てはまらないのではと思います。あえて、最期を看取ると表現すべきでは、覚悟を持った最期には多くの医療は必要がないように思われます。 誤解を受ける表現ですがくれぐれも誤解なきよう。						

(事例番号)	2	性別	男性	年齢	92歳	主治医	往診可／不可 在宅支援診療医 病院勤務医
利用期間	H21年 7月 8日～ H24年 5月 24日		利用前の居所 →現在の居所		自宅 →特養		
事業所を利用するに至った経緯	市内のアパートで奥様に先立たれ一人暮らし、心不全の悪化により入退院を繰り返し、身の回りのことができなくなる。入居に関しては決して納得されていなかったのですが、自宅と変わらない暮らしができ、お酒も飲めることに納得し入居に至る。						
主疾患	脳梗塞・心不全						
症状・状態	脳梗塞の麻痺により車いすでの生活、入居前から心不全で入退院を繰り返していた						
本人の終末期ケア・看取りへの希望	自己判断ができる方で、入退院を繰り返してきたことから、病院での治療を拒否されるようになり、最期の場所は自宅(アパート)を希望されたが、3年近く過ごされたこの施設での最期を了承された。						
家族の終末期ケア・看取りへの希望	施設での最期を望まれ、実際看取りの状態になった段階で二人の娘さんが交替で1か月ほど泊まり込んで付き添われた。						
必要だった医療処置と対応	発作による胸痛に伴う息苦しさにより、関係職員も迷った挙句の判断として緊急入院を選択する。病院搬送後息を引き取られる。もう少し早い段階での入院を選択すべきだったのではと、最期の判断が妥当だったか未だに迷う事例です。						
家庭および住環境	1.独居・介護者不在 2.高齢者世帯 3. 日中独居 4. その他 ( )<家族構成>		<住環境>				
終末期ケア・看取りの経過	亡くなる1月前から重度化し、胸痛や息苦しさを伴い食事がとれない状態が続く、娘さん二人も交替で泊まり込み身内としての最期の時間も大切にできた、5月20日症状悪化し胸の痛みの訴えがあり病院へ救急搬送、到着後まもなく息を引き取られる。搬送すべきか未だに判断に迷う方であった。						
地域密着型事業所としての終末期ケア・看取りで実践できたこと	痛みを伴う看取りは慎重な判断が求められることを気づかされた。病院を拒まれる気持ちと痛みによる苦痛の緩和、特養の看取りの限界点を感じた。						
地域密着型事業所での終末期ケア(看取り)における課題	地域密着型における医療の在り方として看護職員の配置を見直し、地域の訪問看護ステーションを活用することで数少ない看護職員の負担の緩和を図らないと、地域密着型の施設での看取りには限界が訪れるように思います。						

(事例番号)	3	性別	女	年齢	79	主治医	往診可／不可 在宅支援診療医 病院勤務医 同法人内の病院
利用期間	H24年4月21日～H25年4月(約1年)					利用前の居場所→現在の居場所	老健 → 特養
事業所を利用するに至った経緯	もともと介護老人保健施設に入所(ロングステイ)していた。家族での介護は難しいということで特別養護老人ホームへの入所を希望しており、入所となった。						
主疾患	アルツハイマー型認知症、パーキンソン病、骨粗鬆症						
症状・状態	ほぼ寝たきりで発語なく、追視が可能な程度。長谷川式 5～6点程度の認知力。						
本人の終末期(看取り)の希望	本人の意思確認は難しい状態であり、確認できていない。						
家族の終末期(看取り)の希望	(はっきりと確認できていないが)なんとか食べられるようになって施設へ戻り看取ろうという意思はあったと思われる(下記経過参照)。						
必要だった医療処置と対応	経口摂取ができなくなり施設での対応が難しくなった(胃ろうの方のケアは施設では実施していない)。						
家庭および住環境	1.独居・介護者不在 2.高齢者世帯 3.日 中独居 4.その他( )					<住環境>不明	
終末期ケア(看取り)の経過	<p>当施設の取り組み: 入所申込み時に「看取りまでを施設で」という施設のコンセプトを説明し、基本的にはそれに同意される方に入所していただく方向。(待機を経て)入所契約時には、事前指定書に沿って説明し最期の迎え方について意思確認をしている。最低でも6カ月ごとの担当者会議で意思の変化がないか確認している(ご利用者の状態の変化によって家族の意思も変化するので…)</p> <p>ふだんのかかわりの中で、この家族は延命を希望されているのかどうか、だんだんわかってくる。配置医師より状態を説明してもらい、「どうなさいますか」と家族に判断を委ねる。</p> <p>本事例の経過: 嚥下機能の低下から経口摂取が困難となった。経口摂取でないとホームでのケアは難しく、法人内の病院へ入院し、一時的に経鼻栄養で栄養状態を改善するとともに、経口摂取訓練をして「なんとか食べれるかな」という状態でホームへ戻ってきた。娘は「ちょっとでも食べれるようになってこの施設で最期まで」と思っていた様子だったが、その後食事が入らなくなり、再度入院して胃ろうを造設。現在は療養型医療施設へ転院したと聞いている。</p>						
地域密着型事業所としての終末期ケア(看取り)で実践できること	<p>・地域密着型ということで、西部地区にお住まいの方を(少しだけ)優先的に入所できるようにしている。</p> <p>・地域密着型ということが看取りにどうつながるか、と聞かれると難しいが、運営推進会議に自治会長に来てもらったり、地域の催しに参加したり、施設を地域の会議等に利用してもらったりして、地域での施設の認知度は広がってきている(つながりつつある)。地域にこのような施設があ</p>						

	<p>ることを知ってもらい、いざサービスが必要となった際に当施設を思い出してもらい利用に結び付く、ということは期待できるかもしれない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の自宅が職員の隣家だったり、利用者の家族どうしが知り合いだったり、といった関係がある。</li> <li>・ユニット型ということで、ご本人・ご家族とのかかわりは濃いと思う。</li> <li>・居室の設備はベッドとベッドマットなどシンプルにし、たんす等は自宅ですべておられたものを持ち込んでいただくようにしている。</li> </ul>
<p>地域密着型事業所で終末期ケア(看取り)を実践することの意義</p>	<p>(地域密着型事業所として、というのとは違うが)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・現時点では胃ろうの方は対応していない。点滴も医師の指示があった場合のみ最小限に行い、口から食べることを大事にしたいと考えている。</li> </ul>
<p>地域密着型事業所での終末期ケア(看取り)における課題</p>	<p>(地域密着型事業所として、というのとは違うが)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・もともと特養は重介護度の入所者が多く、最期の迎え方の準備をしていく必要があると考えているが、看取りに関する職員の知識・経験不足、および自然死についての考え方(医療処置を最小限にして自然に亡くなることをめざそう、という考え)の根拠をもつことが、なかなか難しい。</li> <li>・入所時の意思確認では「ここで最期を迎えたい」と言われていても、例えば誤嚥性肺炎になった場合など、「治療をしたら回復するのか、それとも難しいのか」の見極めが難しい。「回復するなら病院へ」と希望され、そのまま入院中に亡くなる場合もある。回復し戻ってこられる方もいる(おおむね3ヶ月間は居室を確保している)。</li> <li>・事前指定書の確認の時点で、約半数は施設での看取りを希望する。半数は「まだ決めきれない、その時になってみないとわからない」。キーパーソンとその他の家族の意見が違うこともある。</li> <li>・医師の説明のしかたも、大きく影響すると思う。食思や嚥下が低下してきた際に「経管栄養にするしかない」というような医師の説明を受けると、家族もなんとなくその方向へいってしまう。一時的に経鼻チューブを入れて、しばらくしたら外せようと思っただけなのに誤嚥性肺炎になって重篤化するなど…</li> <li>・延命することが本当にその利用者本人にとっていいことなのかを考えたうえで、各職種(介護職、看護職、医師など)で足並みをそろえる必要がある。それぞれの職員で違うと、ご家族への対応も変わってしまう。</li> <li>・地域密着型ということで、できるだけ地域の方に入所してもらいたいのもいいのかもしれないが、逆に近所の施設には入りたくないという方もいるので…</li> <li>・地域の医師と連携したい。近くに24時間いつでも往診してくれるような看取りに理解のある医師がいれば、大変助かる。</li> <li>・看取りの部屋(家族がともに泊まれる畳の間や浴室など整備、1泊3000円)をつくってはいるが、もともといた居室を「その方の空間」としてつくりあげ過ぎていただいていたのに、いざ最期になった時に部屋を移るのが果たしていいことなのか、疑問もある。</li> </ul>

(事例番号)	4	性別	女	年齢	81	主治医	往診可 / 不可 在宅支援診療医 病院勤務医
利用期間	平成21年 7月 4日 ~ 平成24年 4月10日					利用前の居所 →現在の居所	自宅 →グループホーム → 介護付き住宅→小規模 特養
事業所を利用するに至った経緯	主介護者(同居の長女)は就労中であり、認知症の母を常時介護することが困難となった。経済的にも年金しかない(本人の住んでいた家・土地・貯金は夫が勤務先の連帯保証人になっていた為差し押さえられてしまった)ため、できるだけ金銭面での負担を軽くすることと、本人にとって安心して快適に暮らすことができることを希望され入所に至った。						
主疾患	レビー小体型認知症						
症状・状態	寝たきり						
本人の終末期への希望	重度認知症のため本人の意思確認はできない。						
家族の終末期の希望	必要以上の延命処置は行わず、最期まで家族や職員と共に〇〇で過ごしたい。						
必要だった医療処置と対応	①痰の吸引:勤務中は看護師が対応し、不在時は介護職での痰の吸引はできないため、〇〇の看護師より家族に吸引方法等の指導を行い、夜間帯など看護師の不在時はできる範囲で家族に吸引を依頼し対応した。 ②酸素吸入:主治医指示のもと看護師が対応した(亡くなる数時間)。						
家庭および住環境	1.独居・介護者不在 2.高齢者世帯 3. 日中独居 4.その他(施設)			<住環境> 地域密着型小規模特別養護老人ホーム(2階建) ユニット型個室(トイレ・洗面なし)、ショート併設			
終末期ケア(看取り)の経過	①事業所の方針 看取りとは、本人が疾病あるいは障害により意思の疎通が不可能になり、回復が望めない状態になった時に、看取りを行う場所及び治療等について本人の意思を最大限に尊重するとともに、家族の意向を尊重して行うことである。本人及び家族の意向を確認し、職員間の看取り介護についての共通理解を徹底し、家族とともに話し合い本人の状態により柔軟な対応をすることで、安らかな最期を迎えられるように支えていく。 ②本事例における経過 (3月上旬～)看取り開始頃は嘔吐することもあって、少しずつ食事量の調整を行った。 (4月上旬～)食事、水分ともに経口から摂取することが困難な状態になっていった(口に食事を運んでも口を閉じてしまい、咀嚼するまでもいかず口元から食べ物がこぼれてしまう状態)。 (4月2日)頭部MRIの検査結果から、脳全体に萎縮が進んでいる状態であった。特に前頭葉と側						

	<p>頭葉の萎縮が著明であった。検査担当の医師から胃瘻や延命について家族に話しがあった。また主治医から看取りの時期(看取りの診断)に入ったことを家族に説明をした。家族の意向は、いろいろ悩まれた結果、特に延命処置はせず、できる限り家族や職員付添いのもと今の施設で過ごさせてあげたいと希望された。</p> <p>(4月3日)日を増すごとに栄養、水分を摂取することができない状態となっていった。</p> <p>(4月6日)痰の吸引も頻回になってきた。</p> <p>(4月6日～10日)家族もできる限り面会や宿泊をすることで本人との関わりを増やしていった。</p> <p>(4月7日～10日)看取り加算算定期間</p> <p>(4月8日)家族に看護師不在時に痰の吸引が実施できるよう看護師より指導を行った。</p> <p>(4月8日)血圧・呼吸(無呼吸状態も増える)ともにレベルが低下していった。呼吸も不規則で口唇色も不良状態となった。</p> <p>(4月10日)家族より酸素吸入(長男が来るまでは頑張してほしいとの希望のため)の希望があり、看護師が主治医確認のもと酸素吸入を開始した。</p> <p>(4月10日)夕方、たくさんの身内に見守られながら呼吸の確認ができなくなる。確認後、主治医に連絡を入れ死亡確認がされ、施設看護師と家族でエンゼルケアを行った。</p>
<p>地域密着型事業所としての終末期ケア(看取り)で実践できたこと</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居契約時、職員だけでは生活を支えることや看取りなど限界があるため、家族も一緒に本人の生活を支えてほしいとお願いをしている。</li> <li>・入居日には家族も一緒に泊まり、居室の掃除等を役割として定期的に来訪してもらうことで、看取りの際、意思確認を何度も顔を合わせて行う事ができ、家族の宿泊もスムーズにできた。</li> <li>・本人や家族との関係を大切にすることで信頼関係を構築する大切さや、入所時から役割分担をしてきたことで関わるすべての人たちが満足感を感じた。</li> <li>・小規模な施設であることから利用者間のつながりができており、最期の見送りの際に同ユニット内の他の利用者も一緒に見送りができる。(お別れの言葉を伝えることができる)</li> <li>・家族への報告を密にし、家族や職員がともに死を受け止め最期の大切さを共有できた。</li> <li>・机上で学んだ知識だけで不安な職員もいたが実際に関わることで達成感を感じる事ができた。</li> <li>・改めて生活の場であることを確認できた。</li> </ul>
<p>地域密着型で終末期ケア(看取り)を実践することの意義</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族が本人のことを一番に考え、積極的な治療をせず、住み慣れた場所や顔馴染み関係である職員や家族の中で最期を迎えたいという希望をかなえることができる。</li> <li>・入居者にとって、施設は自宅であり、家族から見たら離れである。</li> </ul>
<p>地域密着型での終末期ケア(看取り)における課題</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看取りの意思表示があっても(積極的な治療を望まない場合)、医療行為が必要になった場合、現状介護職では対応できないことがあるため、家族の協力がなく困難なケースがあったり、最終的に選択できず終の棲家にならない。</li> <li>・看護師の配置が1人のため、医療ニーズが高いと受入れに限界がある。</li> <li>・ユニットに介護職員が1人になる時間帯が多いため、関わる時間に限界があり職員の精神的な負担が大きい。</li> <li>・経験の少ない職員にとって、普段の業務を行いながら看取りを行うのは、勉強していても困難。</li> </ul>

(事例番号)	5	性別	女性	年齢	77歳	主治医	住診可／不可 在宅支援診療医 病院勤務医
利用期間	2011年 5月 1日～2013年 7月 8日					利用前の居所 →現在の居所	自宅
事業所を利用するに至った経緯	元々当法人のデイサービスを利用されており、自宅の近所に小規模多機能型居宅介護が開設したことで、将来的なニーズを視野に入れて、小規模を利用されるようになった。						
主疾患	・すい臓がん・脳梗塞後遺症・糖尿病						
症状・状態	左片麻痺						
本人の希望	最期まで自宅で暮らしたい。						
家族の希望	入院などせずなるべく自宅で暮らしたい。						
必要だった医療処置と対応	特になし。						
家庭および住環境	1.独居・介護者不在 2.高齢者世帯 3. 日中独居 4.その他( )< 家族構成>			<住環境> 文化住宅(2階建て) 生活の拠点は1階			
終末期ケア(看取り)の経過	2013年6月27日に担当医師より、ターミナル期に入っており「余命1週間」と診断がある。(医師の指示により毎日の訪問看護、2日/週の往診で対応) この1週間ほど前にご主人からは「何かあったとしても病院へ行って治療はしない。本人の望むよう出来る限り自宅で看取りたい」と言われており、その思いは変わっていない。 この頃より、食事量も低下し、体には黄疸がではじめていた。 毎日通いを利用されていたが、小規模へ通うことが難しくなり、訪問での対応に切り替えてご逝去される7月8日まで関わらせて頂いた。(最期の3日間小規模より3回/日(朝・昼・晩)の訪問)						
地域密着型として看取りで実践できたこと	・この事例において地域密着型事業所だから、と感ずることはなかった。本人の自宅で暮らしたいという思い、そしてそれを支える家族の力を強く感じた。						
地域密着型で看取りを実践することの意義	・その人の望む暮らしを実現していく。						
地域密着型での看取りにおける課題	・医療機関との連携⇒具体的にはかかりつけ医及び訪問看護との密な情報共有。						



(事例番号)	6	性別	女	年齢	79	主治医	往診可/不可 在宅支援診療所 病院勤務医
利用期間	平成 24 年 5 月 20 日～平成 24 年 9 月 28 日					利用前の居所→ 現在の居所	自宅 自宅
事業所を利用するに至った経緯	福岡市社会福祉協議会から、医療ニーズが高く病院や施設を拒否されており、夫婦共に無年金であり生活保護申請後の受け入れ可能な事業所として依頼された。 スタッフミーティングで話し合い、夫婦共看取り迄の覚悟で受け入れた。						
主疾患	うつ病 肺癌(H22年 OP) 重度貧血 背部巨大腫瘍(癌転移)						
症状・状態	うつ症状、不眠、強度貧血、背部巨大腫瘍(疼痛)、不穏(110番 119番に頻回にTel 大声を出す)						
本人の週末期(看取り)への希望	夫と最後まで二人で暮らしたい。 病院・施設はどうしても嫌と拒否され「治療はしなくても良いから家に居たい」と切望される。						
家族の終末期(看取り)への希望	認知症の夫が、混乱しながらも「私が面倒みます」と知人女性(78歳)と共にトイレ介助等されて夜間の不穏症状に対しても「ぎりぎりまで自宅で」と希望されていた。						
必要だった医療処置と対応	在支診による自宅・事業所への往診 貧血・脱水への点滴 Dr.の支持を受け、〇のNsが医療管理 腫瘍の処置						
家庭および住環境	1.独居・介護者不在 2.高齢者世帯			<住環境>			
	3.日中独居 4.その他( )			3DKのアパート			
	<家族構成>			アパートの入口に五段の階段あり			
終末期ケア(看取り)の経過	亡くなる10日前までは本人の希望で日中は「〇の家」夜は自宅と本人が落ち着く所ですごされた。 ご家族は日中ゆっくり過ごす事で夜間の介護を頑張られたと思う。 食べる量が減ってきたら、好きなそうめん、たこ焼き、アイスクリーム等を少しずつ召し上がられた。 亡くなる朝まで「おはよう。」と発語があり苦しまれる事もなかった。						
地域密着型事業所としての終末期ケア(看取り)で実践できたこと	地域の在支診のかかりつけ医、夫(認知症)と知人女性、「〇の家」が連携し最後まで本人と家族の希望に添った支援ができた。時間に関係なく自宅と「〇の家」を行ったり来たり出来たのは、ご本人にとって「今、側に居て欲しい人」を選べる安心感があったのではないかと思われる。 通院の途中、近所の方に会い声を掛けられると、しゃんとなられ「行ってきます」と挨拶をされる場面もあった。						
地域密着型事業所で終末期ケア(看取り)を実践することの意義	日々のケアの中で家族の様に関わる事で、この方を最後までケアしたいと自然に強く思うようになり、本人の思いに寄り添う実践が出来るのは「柔軟なプラン設定」が可能である事が大きいと思う。どの利用者ご家族も「病院で終わらせたくない。」と希望されてギリギリ迄自宅で過ごし「〇の家」を「自宅」として最後を迎えるケースや、一人暮らしでも同様の流れで「自分の暮らし」を楽しみ、その後連泊で看取り支援を受けられるのは、地域でいつでも行き来できる「近さ」がポイントだと思う。この実践で若いスタッフが目覚しく成長していくのは、その方がお元気な頃から家族同様に一緒に生活し共通の思いの中で老い、そして病みその方達を「しっかり看取った。」と云う誇りと自信を確信できるからと思われる。						
地域密着型事業所での終末期ケア(看取り)における課題	一人暮らしや介護力のないケースで、経済的に連泊が無理で、その点を考えて早めに特養に申し込み泣く泣くホームに移って頂くことがあるが、これはとても辛いことです。 特養や老健の様に減免が可能ならばと思います。						

(事例番号)	7	性別	女	年齢	99	主治医	往診可 / 不可 在宅支援診療医 病院勤務医
利用期間	H18年 5月 20日～ 現在				利用前の居所	自宅 → グループホーム → 現在の居所 自宅・事業所	
事業所を利用するに至った経緯	利用開始前は在宅サービス(訪問介護、訪問看護、福祉用具貸与)のみで在宅支援を行っていたが、本人のADLの低下や認知症の症状進行等で、主介護者も疲れがたまっていた。当初はレスパイト目的での利用開始。外出する機会を確保しつつ、身体面と精神面のサポートを行うこととなる。(これまでDS等を試みたがうまくいかず通所系サービスを利用できなかったため長年、訪問系のサービスのみとなっていた)						
主疾患	#1 脳出血後遺症(左半身不全麻痺) #2 高血圧 #3 狭心症						
症状・状態	要介護5 日常生活自立度【C2】 認知症自立度【Ⅲb】嚥下困難(ミキサー食)						
本人の希望	◆家で最期を迎えたい(「母親(タケさん)のところに帰りたいたい」) ◆病院では死にたくない(延命治療はしてほしくない)						
家族の希望	本人の意思を尊重したい。最期を病院で迎えさせたくない。これまで築き上げてきた周りの人(家族・「〇の家」など)に見守られながら終焉を迎えてほしい。						
医療処置と対応	現時点でなし。(想定されるもの:吸引、点滴、座薬での排便コントロール、解熱剤・鎮痛剤の与薬)						
家庭および住環境	1. 独居・介護者不在 2. 高齢者世帯 3. 日中独居 4. その他 ( )		<住環境> 平屋一戸建て。住宅改修を経てバリアフリー化。				
地域密着型事業所としての終末期ケア(看取り)で実践できたこと	小規模多機能型居宅介護の特性を活かし、通い・泊まり・訪問を柔軟に組み合わせることで、世帯状況に合った支援を行うことができている。また、柔軟性と即時性を帯びたサービスを展開することで、不測の事態が起きたとき(KPの体調不良、入院など)にも、なじみの関係(人・空間)を壊すことなくケアの継続を行うことができている。これが本人、家族にとっての大きな心理的保険機能となっている。(KP談:「だから在宅でみることが出来る」) 必要時には主治医の訪問診療も事業所で行うことができ、現場のスタッフにとっても医師との顔の見える関係を作ることができている。						
地域密着型事業所で終末期ケア(看取り)を実践することの意義	「看取るためにかかわる」のではなく、「かわりの延長線上に看取り(死)は存在する」。本人の想いをかなえるために、家族やコメディカル、なじみの人らを巻き込んだ形で支援を行うことに地域密着型サービスの意義を感じる。日々のかかわりのなかで、本人の歩んでこられた歴史や性格、いわゆるパーソナリティといったものを深く理解することができ、そのようなかわりが、ちょっとした体調の変化や気持ちの変化などの気付きにつながっていく。よりよいケアを考えたとき、それは将来、自分が受けたいケアではないだろうか。						
地域密着型事業所での終末期ケア(看取り)における課題	◆介護現場におけるスタッフ教育・・・医療的知識、終末期の症状のポイント・死そのものに対する向き合い方・医師や訪問看護師との情報共有のあり方 ◆医療保険側と介護保険側での制度解釈の違い・・・事業所内における医療処置等の取り扱いについてなど。 ◆看取りに対する報酬設定がない(小規模多機能)						



(事例番号)	9	性別	女性	年齢	90代	主治医	往診可 在宅支援診療医 ○病院勤務医
利用期間	2008年12月10日～ 2011年1月20日					利用前の居所 →現在の居所	自宅→グループホーム にて死去
事業所を利用するに至った経緯	主介護者の長男夫婦と同居をしていたが、建て直しをした自宅が自宅と思えず“家に帰りたい”と嫁に訴え続け家からいなくなる・泣きわめくなどの認知症の悪化見られ、家族が対応しきれず。“100歳まで元気に生きたい”と願うご本人の気持ちを汲み取り、家族会議を重ね、自宅の状況に近いグループホームを選択され入居に至る。						
主疾患	アルツハイマー型認知症 ・ 貧血(入居後判明)・肺がん(入居後判明) 心疾患 ・ 皮膚病						
症状・状態	認知症:感情失禁・徘徊 貧血:2～3か月に一度の輸血 心疾患・皮膚病:安定 肺がん:入居後判明、多少の息苦しさなどあったが、痛み等なく安定						
本人の希望	とにかく自宅で、家族と楽しく過ごしたい。						
家族の希望	建て直した自宅に連れて帰ることはできない。嫁への負担も考え、医療との連携も取れるグループホームでの看取りを希望される。延命治療については、ご本人に確認できなかったが、家族は90代という年齢を考え望まなかった。						
必要だった医療処置と対応	栄養・水分補給のための点滴(主治医の往診)他、看護師1週4日以上訪問処置:循環不全による両足下腿部のむくみからの浸出液処理対応、保清・全身観察。家族・職員からの質問(不安)対応。						
家庭および住環境	1.独居・介護者不在 2.高齢者世帯 3 ③日中独居 4.その他( )			<住環境> 親の代から住続けて顔なじみの多い地域であったが、代変わり、自宅の新築などあり、自宅が自宅と思えない環境になってしまっていた。			
終末期ケア(看取り)の経過	最終的には老衰で死去。貧血のためふらつき強く、立位・歩行に全て介助が必要、食べることを嫌がり栄養状況が悪化、大好きなまぐろの刺身・パンだけは少量ではあったが最期まで口にすることができたことが救いであった。おむつを拒み、居室内に設置したPトイレに1日何十回と移乗し排泄を行う、そのため褥瘡にはならなかったが、両足下腿部のむくみが強く動きづらい状況はあった。痛みの訴えはなし。意識消失少なく、毎日家族と話したり、歌ったりして穏やかに過ごし最期を迎えることができた。						
地域密着型事業所としての看取りで実践できたこと	・24時間365日対応していただける、顔なじみの医師と看護師が確保できていたこと。 ・延命治療を望まない家族の意思を最期まで応援できたこと ・職員も家族の一員として、ご本人の望むことがなんなのかよく知っていて、それに答えようと最大の努力ができたこと。・ご本人が家族と過ごす時間をたくさん持てたこと、他の入居者さまが理解を示してくださったこと。						
地域密着型で看取りを実践する意義	自宅に近い状況の施設であったからこそ、家族と一緒にいたい、と言うご本人の気持ちに寄り添え、昼夜問わずの家族の訪問を受け入れ、自宅にいた時よりも穏やかに母親を見ることのできる家族の支援ができたこと。ご本人・家族の望む終末期を応援できること。						
課題	・医療との連携の強化・医療のない現場での看取りの経験のない職員の育成(マニュアルづくり)・家族からの事業所への支援の整理・ご本人・家族が望む終末期を迎えるための事業所側の職員体制・家族・職員のメンタルに配慮し、日々変化して行く状況や今後予想される状況に対応していく仕組みづくり。						

(事例番号)	10	性別	女	年齢	78	主治医	任診可／不可 在宅支援診療医 病院勤務医
利用期間	平成 23 年 10 月 11 日～平成 23 年 12 月 22 日		利用前の居所	自宅→グループホーム →現在の居所 老健→自宅			
事業所を利用するに至った経緯	グループホーム入所。 脳梗塞を発症し、入院となる。食事摂取が困難。胃ろうは拒否。点滴と水分補給でグループホームに帰所される。						
主疾患	アルツハイマー型認知症 脳梗塞						
症状・状態	嚥下困難のため、点滴による栄養補給。座位保持難しく、ベッド上およびリクライニング車椅子にて日中過ごされる。体調により、会話はできる。						
本人の希望	アルツハイマー型認知症だったため 本人の意思確認できず						
家族の希望	病院の転院は、本人・夫が望まない。みんなのいるところで穏やかに過ごしたい。						
医療処置と対応	点滴処置(主治医クリニックの看護師対応) 吸痰(併設する小規模多機能型居宅介護の看護師対応)						
家庭および住環境	1. 独居・介護者不在 2. 高齢者世帯 3. 日中独居 4. その他 ( )<家族構成>		<住環境>				
終末期ケア(看取り)の経過	平成 23 年 10 月 11 日:病院より退院され、帰所。「おはよう」や「ありがとう」といった会話は可。 平成 23 年 10～11 月:日中は、ご主人とゆっくりしたり、歌の会に参加したり、日向ぼっこをして過ごす。短い会話はできる。笑顔も見られる。 平成 23 年 11 月 30 日～:呼吸が荒く、いびきをかくことが増える。無呼吸になることも。痰も増加。発語も「あー」「うー」が増える。 平成 23 年 12 月 20 日:熱発。SPO2 が 90% を切ることもある。抗生剤の点滴開始。2～3 日うちに最期を迎える可能性があるとの主治医指示で、家族へ連絡。夜間、家族が泊まって付き添う。 平成 23 年 12 月 22 日:呼吸がなくなる。脈も確認できず。その後、主治医による死亡確認。家族、スタッフに見守られて最期を迎えられる。地域の方も花を手向けられる。施設から出棺。						
地域密着型事業所としての終末期ケア(看取り)で実践できたこと	家族・医師・スタッフとで何回も話し合いの機会を持ち方向性の確認ができた。(看取りの意志確認) スタッフの看取りに対する勉強会を毎日開催した。 家族の立会いのもと息を引き取られた。 親しい地域の人に囲まれて終末期を過ごした。 年老いた夫が毎日面会に来ることができた。						
地域密着型で看取る意義	今までは、自宅で息を引き取ることが多かったが今はそうではない。 息を引き取る場として 自宅ではないが、自宅に近い場として地域密着型事業所がある。 馴染みの関係・環境・場所で過ごせることは、本人・家族の安心感につながる。						
看取りの課題	医師によっては、反対される場合がある。 グループホームの場合、医療関係者の配置基準がなく、医療行為が限られる。						



事例 11	性別	女性	年齢	86才	主治医	在宅支援診療医 病院勤務医
利用期間	11/19年5月14日～11/21年4月27日				利用前の居所→ 現在の居所	自宅 →グループホーム 老健→自宅
事業所を利用するに至った経緯	長男夫婦と同居中だった。日中は一人で過ごしていた。 昼夜問わず認知症の進行により徘徊が著しく、目が離せなくなってきた。					
主疾患	アルツハイマー型認知症、鉄欠乏性貧血					
症状・状態	徘徊、昼夜逆転、不潔行為					
本人の終末期(看取り)への希望	なし					
家族の終末期(看取り)への希望	認知症に対するケアの徹底、環境の変化に伴う精神的な混乱により日常生活に支障をきたすに最後まで地域の中で生活してほしい。					
必要だった医療処置と対応	点滴 輸血、吸痰、酸素吸入。					
家庭および住環境	1. 独居・介護者不在 2. 高齢者世帯 ③ 日中独居 4. その他( ) <家族構成> 長男夫婦と同居 3人暮らし		<住環境> 持家、2階建ての居室は1階。 住宅改修なし。			
終末期ケア(看取り)の経過	2/7% 血尿が出る。新緑血で量が多い。腹部エコーで下腹部に腫瘍あり(膀胱癌) 出血傾向。輸血を始行 → 血圧低下(40/80) SPo2 80%。酸素開始。意識レベル↓ 1/2 看取り開始～看取り開始。2/7 未収。					
地域密着型事業所としての終末期ケア(看取り)で実践できたこと						
地域密着型事業所で終末期ケア(看取り)を実践することの意義	住み慣れた地域、環境で利用者の生活の共通性を重視して、ケアが最善でケアがとれる。 家庭的な雰囲気の中で利用者の御家族と、地域住民もいっしょに経過に立ち寄り事が出来る。					
地域密着型事業所での終末期ケア(看取り)における課題	職員教育、及び他事業所との連携(看取り職員がいつもいっしょにケアできない) 看取りに対する職員の理解、精神面での支援。 看取りをする事により、他利用者の影響。					

## 2. 2014 年度

### 第 1 回 宇部から発信 地域密着型での看取り

11 月 15 日(土)13 時 30 分～16 時 30 分(於山口大学 S6 教室)

#### 1) プログラム(1 日目)

13:00	受付
13:30	開会 オリエンテーション 研究の説明, 同意書への署名 グループワーク 1 日目の流れほか
13:40	看取りの実践に関する話題提供 1 グループホーム際波 管理者小松樹理氏
13:55	看取りの実践に関する話題提供 2 ホスピサイドプレイス 管理者福島彰子氏
14:10	看取りの実践に関する話題提供 3 宅老所喜楽苑 取締役小川泰志氏
14:25	質疑応答
14:35	休憩
14:50	グループワーク(疑問点や課題について)
15:30	グループワークで出た内容の発表と全体での検討
16:15	疑問点や明らかになった課題の確認
16:20	アンケート記載
16:30	閉会

#### 2) 研究参加者 16 人

#### 3) アンケート結果

11 月 15 日 アンケート結果

参加者 16 人、回収率 100%

#### (1) プロフィール

- ・ 男性 2 人、女性 14 人
- ・ 30 代 3 人、40 代 3 人、50 代 7 人、60 代以上 2 人、不明 1 人
- ・ 看取りの経験 有 11 人、無 5 人
- ・ 看護師・保健師 3 人、介護福祉士 7 人、ホームヘルパー 1 人、そのほか 5 人
- ・ 基礎資格での経験年数 0～5 年 2 人、5～10 年 2 人、10～15 年 5 人、15～20 年 3 人、20 年以上 2 人、不明 2 人
- ・ 地域密着型での経験年数 0～3 年 3 人、3～5 年 3 人、5～10 年 4 人、10 年以上 5 人、不明 1 人

(2) 地域密着ならではの終末期ケア・看取りが理解できましたか？

理解できた 5 人、やや理解できた 11 人

回答	記述内容
理解できた	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活の中でケアしていくことの重要性。関係性を保った中で最期まで看ることが利用者の尊厳を守ることにつながる(看取り経験有)</li> <li>・事例、体験などを聞いて理解でき、個人としても関心をもっていました(看取り経験無)</li> </ul>
やや理解できた	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師とのかかわりはまだ難しい(有)</li> <li>・しっかりと方向を決め、自己反省も含めて皆に安心してもらえるような取り組み(有)</li> <li>・普段の生活(入所生活)から看取りへのプロセス(無)</li> <li>・看取りに対しての怖さや不安など話すことができ、他施設のことについても知れたため、とても参考になりました(無)</li> <li>・実際に行っていないので実感が無い。しかし、他施設の方の話をきいてやや理解できた(有)</li> </ul>

(3) 終末期ケア・看取りの課題は明らかになりましたか

明確になった 6 人、やや明確になった 9 人、あまり明確にならなかった 1 人

回答	記述内容
明確になった	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族とのかかわり、医療関係とのかかわり(有)</li> <li>・医師との連携、家族との十分な話し合い、報告(有)</li> <li>・他の利用者が不安にならないように対応する方法。リビングを通らないと居室に行けず、医師や葬儀屋さんが来られると他の利用者が心配されそう。入口の確保など(特養で有)</li> </ul>
やや明確になった	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療との連携、家族との関係、スタッフの志気(有)</li> <li>・主体となる本人はもちろん家族とのかかわり(無)</li> <li>・多くの課題ばかりあり、まずは自分自身が看取りについて一歩前進した考え方にならなくてはならないと感じました(無)</li> <li>・看護のバックアップ体制、現在の管理者へのターミナルに関する教育、情報提供(有)</li> <li>・自らの経験を話すことで明らかにできた(有)</li> <li>・グループワークを通して意見交換・情報をいただいたので(無)</li> <li>・その方がどう終末期を迎え、そこに介護者がどうかかわれるか(無)</li> <li>・看護・医療とのネットワーク作り、スタッフの恐怖心・不安感、どの状態で家族にきてもらうか(無)</li> </ul>
あまり明確にならなかった	<ul style="list-style-type: none"> <li>・まだまだ内容が深いように思えた(有)</li> </ul>



(4)実現可能性

実践できる8人、特例的に実践できる5人、あまり実践できない2人、不明1人

回答	記述内容
実践できる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご家族とご利用者の関わりの橋渡しをしていきたい(有)</li> <li>・医療・看護との連携が可能であれば実践できると思いました(有)</li> <li>・入所時から家族との関係を宝にし、他機関との連携をとること。1例1例を大切にし、反省を重ねながら、よりよい看取りをすること(有)</li> <li>・みなさん、利用者さんのことを大切にかかわっておられると感じる(有)</li> <li>・難しく考えすぎない、通常の生活をしながら自然に…家族のように(有)</li> <li>・家族との話し合いを何度も行い、これからの対応方法を話し合い納得すれば行える。ただし、往診してくれる主治医を見つけることが前提(特養で有)</li> </ul>
特例的に実践できる	<ul style="list-style-type: none"> <li>・そのままの生活で自然に関わっていければ、また医師との連携がしつかりととっていければ心強いと思った(無)</li> <li>・看取りの経験はなく、未知のことですが実践に向けて取り組んでいきたいと思えます(無)</li> <li>・グループホームでできることを説明し(グループホームでできることは限られているが)、家族・利用者の方の意向が合えばスタッフ全員で取り組めると思う(有)</li> <li>・医療職との連携は欠かせないと感じる。理解があり、協力的な医師や看護師がいれば実践できると思う(有)</li> <li>・すでにがん末期の入所者がいらっしゃいます。これからご家族との連携、関わりを大切にスタッフともども勉強して実践できれば、と思いません(無)</li> </ul>
あまり実践できない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自施設では環境が整わないので難しいと思えます。自施設に限らずに考えると実践できると思えます(有)</li> <li>・看護・医療とのネットワーク作り、職員への教育(無)</li> </ul>
不明	<ul style="list-style-type: none"> <li>・現在のところスタッフのスキル、方針など体制にも課題が多く、今後経験が必要(無)</li> </ul>

(5)疑問点

看取りの経験	記述内容
有	<ul style="list-style-type: none"> <li>・信頼できる、何でも相談できる医師を捜すには</li> <li>・医師・看護師との関わり方</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護の立場を理解していただける医師はいるのか</li> <li>・医療機関と施設での看取りの境目の判断</li> <li>・いずれにしても選択は本人・家族の意向だと思っているので。その時々で考えるようにしています。</li> <li>・看取りを行っている施設はすごいと思うが、それを前面に出されるとどうかな？</li> <li>・グループホーム協議会などで、看取りの検討や研修はないのか？</li> <li>・他利用者への関わりは難しいのでしょうか？精神的な面を考え死を伝えられないようですが、一緒に生活してきた皆で最期を看取することはどうですか？</li> </ul>
無	<ul style="list-style-type: none"> <li>・どのように看取りについての連携を図れば良いか。スタッフに対し看取りについてどのように理解してもらえばよいか。何から始めればよいか。</li> <li>・主治医の認識、医療的な不安の解消、他者への動揺など。</li> <li>・自然な流れで亡くなられるのか、医療処置(点滴)もしながら延命を行うのか。医師、家族の話し合いの中で決定するものだと思うが、スタッフはどう介入していけばよいか。</li> <li>・最期亡くなった後に警察が入らないか心配。ちゃんと対応していても夜間などすぐに発見できず、巡視時すでに心肺停止だった時など心配がある。</li> <li>・看取りを実践していない事業所にどのようにして実践するようにしていく、広めていくのか？</li> </ul>

(6)その他

看取りの経験	記述内容
有	<ul style="list-style-type: none"> <li>・時間が足りないぐらいです。充実した話を聞くことができました。</li> <li>・他の状況を知ることができ、とてもよかった。</li> <li>・たくさんの経験談や心強い言葉をきかせていただけたので、元気をいただきます。</li> <li>・他の施設の状況を聞かせていただき、参考になりました。</li> <li>・ファシリテーターがおられて助かりました。</li> <li>・今後の終末期ケア・看取りに対する課題を明確にできた。また近隣の施設の方とのコミュニケーションを図ることができた。</li> <li>・いろいろな事例があり、入院したほうがいいのか、このままがいいのか考えさせられました。他の事業所の方と話せて、またこういう機会が欲しいですね。</li> </ul>
無	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看取りに関して全く知識がなかったが今日の研修で知識や皆の意見を聞くことができいい経験になりました。</li> </ul>

12月6日(土)13時30分～16時30分(於山口大学 S6 教室)

1)プログラム(2日目)

13:00	受付
13:30	開会(オリエンテーション) 1回目のグループワークでの疑問点や明らかになった課題の説明
13:40	1. 医師によるミニレクチャー 山口大学大学院医学系研究科保健学系学域教授 野垣 宏氏
	2. 研究者による情報提供 熊本大学大学院生命科学研究部 熊本保健科学大学
14:30	休憩
14:45	グループワーク(課題の解決方法、今後の実践について)
15:30	グループワークで出した内容の発表と全体での検討
16:20	検討事項の確認とまとめ、アンケート記載
16:30	閉会

2)研究参加者 9人

3)アンケート結果

12月6日 アンケート結果

参加者9人、回収率100%

(1)プロフィール

- ・男性1人、女性8人
- ・30代1人、40代2人、50代3人、60代以上2人、不明1人
- ・看取りの経験 有5人、無4人
- ・看護師・保健師2人、介護福祉士4人、そのほか3人
- ・基礎資格での経験年数 0～5年2人、5～10年0人、10～15年1人、15～20年2人、20年以上3人、不明1人
- ・地域密着型での経験年数 0～3年2人、3～5年1人、5～10年1人、10年以上3人、不明2人

(2)地域密着型サービスでの終末期ケア・看取りの実現可能性

実践できる4人、特例的に実践できる2人、あまり実践できない2人、不明1人

回答	記述内容
実践できる	・本人・ご家族の意向による(有) ・わかりやすく説明して下さったから(有) ・主治医の協力(いつでも相談・往診)による(有) ・課題は多い。現利用者の状態変化に合わせて、スタッフがどうケアしてい

	くか方向性が明確にできるとよいと思う(無)
特例的に実践できる	・医師・看護師との連携があれば(有) ・家族の強い希望、職員間、家族間との連絡体制、医療面での連携強化など全て条件を整えば実現できるかもしれない(無)
あまり実践できない	・体制作りができていない。先日老健課長と話した。可能性はあります(無) ・現在の職場での環境では難しいと思うが、終末期ケアはできると思う(無)
不明	・思いだけではなく知識やスタッフ間の共通の意識があれば可能だと思う

(3)終末期ケア・看取りを実践しようと思いますか

実践したい7人、1度(特例的に)実践したい0人、あまり実践したくない1人、実践しない0人、不明1人

回答	記述内容
実践したい	・最期まで住み慣れた家で(病院で管につながれては嫌)(有) ・職員の意思統一ができれば実践できる(有) ・人生の最終章を共に共有して、称えてあげたい(無) ・いろいろな情報提供をもらった。一つでも活用できたらと思っている(無)
あまり実践したくない	・上記環境(家族の強い希望、職員間家族間の連絡体制、医療面での連携強化など)を整えば実践したい
不明	・生活の場でその延長線上に終末期ケア・看取りがあれば実践したい(有)

(4)グループワークの内容の活用性

いかせる7人、少しいかせる2人、あまりいかせない2人、いかせない1人

回答	記述内容
いかせる	・医療職との連携があれば可能(有) ・知識については学ぶことができた。後は実践で経験を積むこと(無) ・皆さん頑張っているなー！元気をいただきました(無) ・多くの意見が出たのでいかせると思う(無)
少しいかせる	・医療関係との関わりが難しいが(有)

(5)満足度 大変満足4人、満足5人、やや不満足0人、不満足0人

回答	記述内容
大変満足	・各事業所での取組や対応が分かった(有) ・やる気が出たから(有)
満足	・他施設の意見や現状など参考になりました(無) ・時間が短かったかも(有) ・いろいろな意見が聞けてとても参考になりました(無) ・スタッフ個々の負担やストレスは他所でも感じているようなので、また課題にしてもらえたら(無)

## ≪情報提供資料 1:永田≫グループワークの内容および明らかになった課題

### 1 G

#### 【課題】

- ・他の入居者へのケア体制
- ・医師との連携:協力病院の医師が最期まで診てくれるのか
- ・何かあったときの責任の所在
- ・利用者・家族の意向の尊重  
(看取りの段階では意思疎通も困難で苦痛があるのかわからない)

⇒地域密着型では、入居者本人と元気なころからのかかわりの延長線上での看取りであり、家族とのかかわりが密にできる。その都度その都度の家族とのやりとりを密に行うことで、責任問題には発展しないのではないか。家族が満足できる看取りが可能ではないか。

### 2 G

#### 【課題】

- ・病状や状態の判断:食事や入浴をどこまで行っていいのか
- ・医師との連携:方向性のずれ、状態を知らない医師の診療
- ・訪問看護との連携:日常の健康管理が中心
- ・職員の力量:状態が悪化した時にどこまで看ることができるか
- ・家族とのかかわり:家族への説明、家族を呼ぶタイミング
- ・他の入居者へのケア体制
- ・他の入居者との看取りの共有

⇒いつでもなんでも聞ける医師や看護師がグループホームに欲しい。医療職と見解がずれている場合の連携のあり方が難しい。

### 3 G

#### 【課題】

- ・医師との連携 どうしたら協力体制をつくれるか
- ・看護師との連携
- ・家族とのかかわり 来てもらう機会をつくるには、ケアに巻き込むには
- ・法人の方針 バックに医療機関、最期の最期で入院となる
- ・不安と恐怖 自分たちにできるのは何か、スタッフの不安のサポート

⇒事業所の経験:入居者と家族を切り離して考えずに機会があるごとに家族へ呼びかけてかかわり、「人はみな死ぬのだから」との理事長の言葉や職員と家族の「やりたい」という要望で、特別なことではなく、自分たちでできることを対応した。

## 我々研究者にできること

地域密着型事業所で終末期ケアや看取りを必ず実践しなければならないわけではない。「自宅もよし、病院もよし、施設もよし、そして地域密着型もよし」であり、もちろんご用者・家族の意向が優先である。

しかし、高齢者で重度化する傾向がある中でいつ何があってもおかしくない状態であり、一緒に生活してきた入居者が人生の終わりを迎えるときに、できることをしようと考えた場合、何らかの心構えが必要である。明らかに人生の最終段階が近づき、看取る方向が定まる日がくるかもしれない、その日は突然訪れるかもしれない。

その準備をすすめるために、ゆるやかなネットワークのメンバーの一員として情報を提供したい。

## 《情報提供資料2：中原》死の過程で現れる身体変化とその状況

### 1. 予後の予測の難しさ

- 死の予測に適応できる予後予測のツールはなくいつ死がおとずれるのか正確な時期を判定するのは困難である。→徴候や症状は、対象によって様々である。
- 終末期医療に関するガイドラインは、「あえて終末期医療を定義していないが、終末期は多様であり患者の状態を踏まえて、医療・ケアチームで判断すべきである」としている。

→対象の個別性やこれまでの経過をふまえて、総合的に状態を評価し、予後を予測する必要がある。すなわち、死が差し迫った時期の見極めが重要である。

### 2. 死の過程は、一般的には全身の機能が低下し、共通する身体変化が現れる。

#### <循環機能の低下>

- ・循環機能では、脈拍は弱くなり、不整脈が現れる。
- ・血圧は徐々に低下し、触診では測定できなくなる。
- ・顔面は蒼白となり、口唇や爪にはチアノーゼが出現する。

#### <呼吸機能の低下>

ガス交換が障害され、呼吸は浅く不規則、機能低下に伴って努力呼吸の状態となる。

- ・口呼吸:呼吸困難に伴い口を開けてする努力呼吸
- ・鼻翼呼吸:鼻翼を張って鼻孔を大きくして空気を取り込もうとする
- ・下顎呼吸:呼吸筋を中心に十分に動かせないため、肩や下顎を動かしてする努力性の呼吸
- ・チェーンストークス呼吸:はじめに小さな呼吸が現れ、次第に大きくなり、さらに弱い呼吸をへて無呼吸となるサイクルを繰り返す。息を吸って、一時的に止まる(無呼吸)状態から再び呼吸をする繰り返し。この長さは通常 10 秒から 1 分 30 秒くらいで、無呼吸は数時間から数日間断続的につづくこともある。やがて自発呼吸が止まる。

<死前喘鳴>亡くなる 48 時間以内に生じる。

- ・下咽頭にたまった痰を喀出できなくなった状態
- ・吸気時と呼気時に咽頭や喉頭部の分泌物が振動して起こるゼイゼイという呼吸音
- ・死前喘鳴が生じる段階では、呼吸苦を感じていない

<体温、皮膚症状>

・発熱、体温の低下がみられる。皮膚も土気色になり冷たくなる。全身の筋肉は弾力性や緊張性が低下し失禁しやすくなる。眼瞼下垂により目が開きにくくなり、下顎下垂で口は開いたままの状態になる。

<排尿状態>

尿を生成しなくなるため、乏尿・無尿となる。(尿量が少なくなる、尿が出なくなる)

<意識状態の変化>

- ・ぼんやりしている程度の軽い状態から、痛みにも反応しない重い状態と段階がある。
- ・しだいに、呼びかけに対する反応がなくなる。
- ・意識は最期まで清明な場合もあるが、多くは意識障害がみられる。
- ・脳機能の低下や電解質バランスの異常、低酸素状態による見当意識障害や幻覚や幻聴が現れることもある。
- ・昏睡状態のように見えるが、意識はあり、耳も聞こえている。

<反射機能の低下>

- ・瞳孔反射(対光反射が緩慢になり、瞳孔が固定し、光を当てても瞳孔が縮瞳しなくなる)
- ・痛覚反射(つねったりしても反応がない)、
- ・嚥下反射(物を呑み込む反応)
- ・咳嗽反射(咳をする反応)など 神経反射機能が低下、消失にむかう。

3. 死の過程の徴候 ・ ・ 死が近づいていることのおよその予測

【死亡前 1 週間程度】

- ①トイレに行けなくなる。
- ②水分摂取ができなくなる。  
経口摂取がほとんどできない／錠剤の内服が困難
- ③発語が減っている。
- ④目の勢いがなくなってくる。(注視能力の低下)
- ⑤原因の特定しにくい意識障害→半昏睡／意識低下

#### 【死亡前 48 時間以内】

- ①一日中、反応が少なくなっている。
- ②脈拍の緊張が弱くなり、触知が難しくなる
- ③血圧が低下してくる
- ④手足の冷感がある
- ⑤手足にチアノーゼが認められる
- ⑥冷汗が出現する
- ⑦顔の相が変わる(顔色が変わる)
- ⑧唾液や分泌物が咽頭や喉頭に貯留し、死前喘鳴が出現する
- ⑨身の置き所がないかのように、手足や顔などをバタバタさせるようになる

#### 4. 死の三徴候

##### ●呼吸停止

努力性呼吸(鼻翼、下顎呼吸)不規則・徐呼吸がみられ、その後呼吸停止する

##### ●心拍停止

微弱な頻脈、不整脈、徐脈、脈が触知不能となり、心停止する

##### ●瞳孔散大・対光反射の消失

対光反射が緩慢になり、瞳孔が固定し、光を当てても縮瞳しなくなる

#### 5. 医療職への報告

身体的変化と死の徴候に直面したときは直ちに連絡する。

何かがおかしいという感覚⇒見たままの状態を医療職へ報告する。

医療職(特に医学的判断、死亡診断が必要である医師)には、日頃から密に状態を報告し、経過を把握してもらおうことで予測的に関わることができる。

#### 《情報提供資料 3 : 松本》看取り期の症状や家族への対応について

##### 1. 家族の思いや心配ごとを知る

ほとんどの家族が、看取りの経験が初めてであることが多く、必要とされる情報や心配ごともさまざまである。

家族が思いを表出できる場をつくり、説明をする前に まず家族の具体的な心配事に耳をかたむける。

##### 【会話例】

「〇〇さんを見ていらして心配されていることや、このことを聞いておきたい、こうして差し上げたい、ということはありませんか？」



## 2.ここ(今いる場所)で最期まで看取るかどうか

入居時に、グループホームや小規模多機能事業所でできる看取りの支援について、限られた医療の提供になることを説明する。

人生の最終段階で食事や入浴はどこまでするか。

### 【会話例】

利用者本人が「**食べたい**」「**お風呂に入りたい**」と言われるのであれば実施してよいと事業所で考えているが、いかがでしょうか。

家族に了解をもらっておき、そのつど話し合いをしながらすすめていく。

## 3.家族が選択・決定できるよう情報提供を行う

### 【職員へのインタビューでの語り】

「利用者や家族は、状態が悪くなった時、病院に搬送したらどんな状態で最期を迎えるのか  
ここですごしたらどんなふうにするのかわからないのだと思います」

「だから、どんな選択肢があって、どちらを選んだらどうなるのか、見通しがつけられるようにしっかり情報提供して選んでもらえるようにしたい」

## 4.亡くなっていく身体変化の過程を伝える

- ・ 医師の予後予測に対する家族の認識  
→ 88%が疑っているという調査結果も。

### 「まだ大丈夫と思う」

死が近づいた段階で起こる身体変化について家族に伝えることで、医療者でなくても、死が近づいてきていることを家族が予想し、備えることができるのではないか

起こる変化	出現した割合	出現した時間(中央値)
死前喘鳴	35%	死亡前2.3時間
下顎呼吸	95%	死亡前2.5時間
チアノーゼ	80%	死亡前1時間
橈骨動脈が触れない		死亡前1時間

### 【家族への報告の例】

「1週間前よりお元気がなくなり、ご飯をほとんど食べられなくなりました」

「おしゃべりをされなくなりました」

「歩く事が難しくなってきました」

観察したことの中で、最期が近づきつつあるのではないかという予測を報告する

### 家族が遠方などの場合

「最期に立ち会うためにはいつ来たらいいか」という質問がある。

#### 【会話例】

「来られるのであれば、早いほうが、お話ができると思います。ご連絡も頻繁にしますが、もしその瞬間（最期のとき）に立ち会えない場合はこちらで対応し、到着されるまでお待ちしております。」

### 5. 利用者の苦しさに対する家族の不安

死前喘鳴を体験した家族の62%が「とてもつらかった」「つらかった」と精神的苦痛を感じている

- ・おぼれているように、息が苦しいのではないかと思った
- ・自然なことだとは思えなかった
- ・ずっと見ている自分も息がつまりそうだった
- ・窒息するのではないかと心配だった
- ・死期が近づいていると感じた

それぞれの症状の原因を伝えることで、死前喘鳴や下顎呼吸などは自然経過で生じていることであり、苦痛を感じているのではないことを知ってもらう。

#### 【会話例】

「うとうとと眠りが深くなると唾液がうまく飲み込めなくなるので、のどにたまってゴロゴロ音がします。自然な経過のひとつです。」

「うとうとされているので、私たちが思うほど苦しさは感じていらっしゃいませんが、表情などでつらいかどうかを判断できますので、ご家族が見られてつらそうなときはおっしゃってください。」

「ゴロゴロするのを和らげるために、からだの位置を工夫したり、点滴の量を調整したりします。」

「痰を吸引する(吸い取る)方法は、手術の後など一度取ってしまえばもう溜まらない場合と違って、繰り返して何度も吸引することになります。かえって〇〇さんが苦しまれるかもしれないので…ご様子をみながら相談させてくださいね。」

利用者の栄養摂取低下を体験した家族の71%が「とてもつらかった」「つらかった」と精神的苦痛を感じている

- ・何もしてあげられないという無力感や自責感を感じた
- ・点滴をすれば、元気になるのではないかと思った
- ・脱水状態で死を迎えることはとても苦しいのではないか
- ・輸液(点滴)は最低限のケアである

- 食事がとれないから病気が進んだり状態が悪化したりしているのではなく、病気そのものために徐々に食事や水分をとる量が減ってきていること
- 看取りの段階での点滴が、浮腫や胸水、腹水などを悪化させる可能性があること
- 終末期では脱水傾向にあることが苦痛の原因になることはほとんどなく、むしろやや水分が少ない状態のほうが苦痛をやわらげることが多いこと
- 「何もしてあげられない」という家族の無力感をやわらげるために、口腔ケアや氷片を口に含むなどが有効

#### 【会話例】

「食べられない様子を見ていると心配ですね。」

「だんだんものが食べられなくなるのですが、食べられないから体が弱っていくのではなく、体が弱ってくるので食欲がなくなっているんですよ。自然なことですね…。」

「食事が十分とれなくても、口のかわきをいやすために、氷片、かき氷、アイスクリームを食べていただいたり、うがいや 口の中をきれいにすると喜ばれることが多いですよ。」

\*食事をすることが難しいときは、マッサージ、ご家族のことを話す、お気に入りの音楽をかけるなど、利用者が喜ばれることを一緒に考える

#### 6. 亡くなった後のケア

「亡くなった後、妻を一生懸命にきれいにしてくれました。上手にお化粧して下さったことがとてもうれしく思いました。」

化粧や服など、生前の利用者らしい姿に整えたり、身体をきれいにしたり、着替えの時も、生前と同じように声をかけたり、大切な人として接すること

#### ◀情報提供資料4：清永▶死後のケア

##### 1. 目的

ご遺体を、死によって起こる外観の変化を目立たないようにし、清潔に保ち、その人らしい姿を整え、他界への旅立ちの準備をする。

体液や排泄物の流出による汚染を防ぐ。

病原微生物の飛散を防ぎ、ご家族や親しい方への感染を予防する。

##### 2. ご遺族との時間

死亡確認後、すぐにケアを行うのではなく10～15分位ご遺体とご遺族・親しい方々を残して退室する。(お別れの時間)

頃合いを見計らって『そろそろ最期のケアを行いたいのですが・・・』と声をかける。

死後硬直が始まる前(死後2～3時間)前に終える。

ご遺族と一緒にいる場合もある。死後のケアに参加することには個々人の考え方や思いがあるので決して無理強いはしない。

### 3. 必要物品

清拭用具(タオル2～3本・お湯・洗面器)

美容用具(櫛・爪切り・髭剃り・お化粧品セット)

口腔ケア用品(スポンジやガーゼ)

脱脂綿・青梅綿

綿棒

割りばし

紙おむつ

白い布(30cm四方程度)

衣類:故人の好みの物やご遺族の希望の物(宗教

上の配慮も必要)・アクセサリーやウィッグ等

### 4. 注意点

「ペースメーカー」「脳深部刺激装置」は電池で駆動し、リチウム電池が使用されている。多くの電池が高熱化で破裂する様に、機械に内蔵されているリチウム電池も火葬炉内の熱で破裂し、同じくチタン製の本体も、高熱により内部気圧が上昇し破裂する。

このペースメーカーや脳深部刺激装置の火葬炉内爆発事故により下記の問題が発生する。

「ご遺体の損傷」 「火葬路の損傷」  
「火葬場職員の受傷」 「爆発音の問題」

### 5. 方法

1) 亡くなられた後、筋肉が弛緩して体内の内容物が体外に排出されやすくご遺体や寝衣類を汚染する可能性があるため、排出させる。

- ✓ 胃:右側臥位にして口を開き、心窩部を押して胃の内容物を出す
- ✓ 尿:便器や紙おむつを当てて身体を仰臥位にする下腹部を圧迫して尿を排出する
- ✓ 便:仰臥位で腹部に「の」の字を書くように圧迫して腸に残っている便を出す。  
左側臥位で腹部を押して直腸内の便を排出する

2) 清拭タオルで顔を拭き、眼脂を取り除いた後に目を閉じる。

眼が閉じにくい場合は二重眼瞼用の接着剤を瞼の内側に薄く塗ってから眼を閉じると瞼を合わせることができる。または、お湯に浸したタオルをしばらく瞼の上に乗せておくと閉じる。

3) 口腔からの異臭を防ぐために、ガーゼや歯ブラシ、スポンジ等を使って口腔清拭を行う。舌の上も丁寧に拭き、口腔内に残った水分はしっかりと拭きとる。

唇の乾燥にはリップクリームやワセリンを塗布。

顎は死後硬直が最初に出現するため義歯は早めに入れておく。

4) 頭髮の汚れが気になる場合は洗髪を行う。ドライシャンプー等を使用し整髪する。

- 5) 全身清拭を行う。両手→胸腹部→足→背部→陰部の順に行う。
- 6) 体内の分泌物が体外に出ないように詰め物を行う。  
鼻→口→耳→膣→肛門の順に割りばしやピンセットを使用して詰める。  
脱脂綿は水分を吸収する。青梅綿は脂分をはじく性質があるため、脱脂綿→青梅綿の順に詰める。
- 7) 下着、または紙おむつをあてる。綿を詰めているので分泌物が出る心配はあまりないが、普通の下着を着用させた場合は、念のためにパットなどをあてておくと安心。
- 8) 髭剃り・爪切りを行う。
- 9) 衣類を着用する。和式(浴衣)の場合は襟を左前に合わせ、紐を縦結びにする  
(女性はへその高さ、男性は腰骨の高さで)
- 10) 死に化粧を施し、生前の姿に近づける。
- 11) 体を整え、両手をお腹の上に重ねる(合掌)  
口が開いてしまう場合には早め(硬直前)に枕を高くして丸めたタオルを顎の下に入れる(口が開かなくなってからタオルを外す)
- 12) 顔に白い布、体に白いシーツをかける。  
ケア実施者は最期に敬謙の意を表し、合掌。
- 13) 物品を片付け、整理整頓を行う。
- 14) ケアが終了したことをご遺族に告げる。

### 3. 2015 年度

#### 1) 富山県認知症グループホーム連絡協議会総会記念公演(永田)

「地域密着型サービスで実現したいエイジング・イン・プレイス」

#### エイジング・イン・プレイスとは

たとえ高齢になって病気を患っても、障害を負って不自由になっても、認知症になっても、誰もが安心して療養し、暮らすことができる。

- (グループホームにおいて)ターミナルケアには職員と共に利用者もかかわる  
賛否両論:批判的な意見が多かった。  
量的調査で数字が悪かった。削除したほうが、研究としては成り立った。  
医療職がいない、医療の提供を想定していないグループホームで、ターミナルケア(看取り)まで行う必要があるのか。  
共同生活ができる程度までがグループホームで提供するケアの役割である。  
⇒現在の研究課題

高齢期になっても住み慣れた地域・自宅、あるいは居住施設で継続した生活を送る、すなわち、今いる場所で継続した生活を送るということであり、我々研究者らは、エイジング・イン・プレイスを今いる場所で最期までと捉え、極力住み慣れた居宅で最期まで暮らすことを最善として、助けになることを実施したい。

#### グループホームならではの終末期ケア・看取り・強み

専門性的な認知症高齢者ケア

- 認知症高齢者の尊厳を守る個別ケア
- ユニット型の特徴をいかした家庭的なケア

地域密着型の特徴をいかしたケア

- 地域・住民とつながる(地域の自治会員、民生児童委員などのキーパーソン)
- 家族とつながる(家族も巻き込む)
- 地域の関係機関とつながる

(主治医、開業医、ケアマネジャー、地域包括支援センター、警察、消防署、郵便局、銀行、学校など)

- ✓ 利用者・家族が希望する自然な最期を迎えることができる  
ぎりぎりまで日常の生活を継続できる
- ✓ 家族やなじみの職員(利用者)が見守る中で穏やかな最期を迎えることができる

## 連携協働体制に求められるマネジメント

### \*教育

### \*潜在的な社会資源をも巻き込むマネジメント

・物的資源(銀行、郵便局、公民館など)はもちろんのこと家族・地域のキーパーソン、医師、行政関係者などの人材

⇒地域密着型サービスの専門職こそがマネジメントできる

地域密着型の専門職の力量をつける必要がある

## 結論

グループホームならではの終末期ケア・看取りを日常的に実践することができれば、グループホームをケアの拠点とした地域包括ケアシステムが構築され、そのような生活圏域が増えることで、エイジング・イン・プレイスが実現される。

我々研究者らにできることは、教育的なサポートであり、専門職や地域住民に向けて、地域密着型での看取りに対する理解を得るための活動をする。

## 今後の方向性

方法として、専門職を対象とするものには、注入型の知識を与える研修ではなく、経験を共有することで、自ら取り組むべきことを発見し、実践する力をつけることができるプログラムとしたい。住民を対象とするものには、医療機関以外の場所での看取りに関する情報を提供する。

## 2) 「看取りの学習会」(於なのはなの家)(永田・堤・清永)

認知症家族の地域密着型サービス(グループホーム)における終末期ケア・看取り

### (1)プログラム

看取りの学習会	
開会挨拶 主催者挨拶	司会:山口大学医学系研究科 堤 雅恵 恩田 14-2 区自治会長 大井 幹也
1. グループホームなのはなの家の紹介	なのはなの家施設長 越野 淳子
2. 認知症に向き合うこと	
グループホームなのはなの家での実践	なのはなの家施設長 越野 淳子
3. グループホームにおける終末期ケア・看取り	
1) 人生の最終段階を過ごす場所	山口大学医学系研究科 永田 千鶴
2) 旅立ちが近づいている身体の状態	山口大学医学系研究科 清永 麻子
4. 懇談会	

(2)研究参加者 住民13人 職員10人

(3)アンケート結果

#### <住民>

1.参加者13人(アンケート協力者12人)

2.性別 男性4人 女性7人 不明人

3.年代 50代1人 60代5人 70代以上6人

4.看取りの経験 有12人

5.看取った人の続柄

義母5人 母5人 父3人 義父2人 おば1人 姉1人 友人1人、家族1人

6.場所

病院16人 自宅2人

7.話の内容の理解度

理解できた11人 やや理解できた1人

あまり理解できなかった0人 理解できなかった0人

8.地域密着型での看取りに対する意見

賛成12人 反対0人

- ・老衰の場合
- ・施設の準備と周辺のサポート体制の充実がなくては無理。  
その上で住み慣れた施設でのケアが実施されることを望みます。
- ・住み慣れた環境で親しい人たちに見守られて自然に逆らわずに終わることを理想にしております。
- ・慣れた所で慣れた声、匂いの中で看取ってほしい。無理に生かしてほしくない。延命処置を希望しない。
- ・選択肢の1つ。他の病気を併発しているとき、病院へ廻される決定者は誰でしょうか。
- ・安心感があります。
- ・現在独居生活をしています。民生委員の方に大変お世話をかけています。
- ・住み慣れた環境 近隣の人とのつながりを考慮すると終末期ケア・看取りは地域密着型サービスが大事だと思います。
- ・家族が家庭で看取られれば良いが、そうでなく病院へ送り込むよりは生活し慣れた場所のほうがよい。
- ・現実的には、終末期ケアは自宅見守りやグループホームなどの方向に進むと思います。
- ・今日の話聞き、どのように死を迎えるか？今まで病院以外に考えたことはなく、新しい選択肢があることを提起され、高齢社会の日本の課題です。もっと多くの人に浸透させていかなければ、と思います。



## 9. そのほかの意見・感想

- ・母はがんで96歳、病院で亡くなりました。持続点滴で全身がはれて、今思えば自宅での看取りでもよかったのだと思ったりしました。このたびの講演をお聞きし、もう少し早く先生方にお会いしていたら、と思いました。夫婦で仕事していますので家での介護が難しい。どのように克服していけるかが社会の課題です。
  - ・私自身人生の終点が近づいていますが、どのように最期を迎えたいか、はっきり自覚できていません。
  - ・とても参考になるお話で勉強になりました。知らないことが多く今後もこうした機会がありましたら参加したいと思っています。お忙しい中ありがとうございました。
  - ・死が良い意味で見えてきたような気がして恐くなくなった。
  - ・利用者の家族として、お話、冊子参考にさせていただき兄弟などの話し合いにしたいと思います。
  - ・もっと多くの人に聞いて欲しい内容でよかったです。
  - ・話しぶりがとてもわかりやすかった。
- (話のスピード、声の柔らかさも含めてです)

### <職員>

- 1.参加者 9人+1人(他グループホーム)
- 2.性別 男性2人 女性8人
- 3.年代 20代1人 30代1人 40代3人 50代3人 60代2人
- 4.看取りの経験 有5人 無4人 不明1人
- 5.看取った人の続柄  
父1人 両親1人 義父1人 利用者1人
- 6.場所  
病院4 施設1
- 7.話の内容の理解度  
理解できた7人 やや理解できた3人  
あまり理解できなかった0人 理解できなかった0人
- 8.地域密着型での看取りに対する意見  
賛成4人 反対1人 どちらともいえない4人 不明1人

- ・夜間は職員が1人なので何かあったときには対応はするが責任はとれない。そういった場面に出会いたくない。
- ・医療との連携、職員の配置、精神的な思いなど準備が必要なことや家族にきてもらうタイミングの問題がある。反面病院の人数が足りないという問題があるため。
- ・賛成としましたが、終末期 看取ること全ての環境が整っているならば、と思います。

- ・本人・家族の希望による。できるホームから取り組めるようサポート体制を整える。
- ・ご家族と密に話し合っただご希望があっても、その場に立ったら一職員としては「私じゃなかったらどうにかなったのではないか…」と考えてしまう。利用者さんのことを考えると実際どうしたらいいかが正直わからない。
- ・医学的な知識が無い中でのケア看取りは介護する者にとっては大変な精神的な負担が予想されるが、家族の十分な理解が得られ協力体制がしっかりなされれば、それも有かなとも思います。
- ・最期の時は身近人達に囲まれて過ごした方が、送る方も逝く方も悔いが残らないと思う。
- ・家族としては賛成ですが…。  
スタッフとしては不安もあります。医師や看護師が不在なので、急変があった時どう対応するかで、まだ自分としては自信がないです。
- ・なじみの場所で、なじみの人の中で終末期を過ごされるのは本人さんが安心と思うので。しかし、身体的な苦しさ、痛みなどをやわらげてあげたいので。

#### 9.そのほかの意見・感想

- ・今は、病院で8割近い方が最期を迎えており、これからはどんどんベッドの数が足りなくなり病院以外での終末期ケアが増えていくと予想されるということを勉強できました。実際に看取りを行っている事業所の意見を聞くことができ、最期の時でも耳だけは機能しているということを知ることができました。とてもいい経験ができ、ありがとうございました。
- ・今日はありがとうございました。終末期ケア・看取りについては、常に自分の中の課題としています。限られたことしかできない中で、いつもこれでよいのかと考えますし不安も多いです。その気持ちの中今日の研修は、ありがたいものになりました。
- ・死が身近に体験できない世の中なので、今日のような知識を得る機会はとても有意義だった。
- ・最期まで耳は聞こえている…いつもの音、匂いのなかでの看取りというのは、もし自分だったら、と考えると一番望ましいものかもしれないと思いました。家ではないけれどいつもの音、匂い(が良い)と思った。
- ・とても勉強になりました。実際に身近に起こりえることで、家族、兄弟、親族を巻き込む、本当に難しい問題だと思います。そう遠くはないうちに来るであろう現実は今から知識を深めておかないといけないと思います。
- ・死というものについて、改めて家族と話し合いすることの必要性を感じました。
- ・とても勉強になりました。ありがとうございました。地域の方が来られたことに感謝いたします。認知症への理解がもっと広がれば、と願っています。
- ・今日はありがとうございました。笑顔で愛をこめて利用者さんと一緒にこれからもその日が来るまで過ごしていきたいです。

### 3) 「看取りの学習会」 恩田市民センター(於恩田地区民生児童委員協議会)(永田・清永)

(1) 民生児童委員協議会の定例会の後に1時間の予定で同じ内容のプログラムを実施

(2) 研究参加者

(3) アンケート結果

1. 参加者 24人

2. 性別 男性9人 女性14人 不明1人

3. 年代 40代1人 50代1人 60代15人 70代以上7人

4. 看取りの経験 有16人

5. 看取った人の続柄

両親6人:病院5人、自宅1人

母4人:病院4人

義母3人:病院2人、自宅1人

義父2人、おじ、兄、友人:病院

6. 場所

病院14 自宅2

7. 話の内容の理解度

理解できた21人 やや理解できた2人

あまり理解できなかった0人 理解できなかった0人

8. 地域密着型での看取りに対する意見

賛成24人 反対0人

- ・一番最期に過ごした場所であり、本人が希望するならそれがいいと思う。
- ・自宅で終末を迎えたいが、どうしても無理なときはこういった場所でケアや看取りをしてもらいたい。
- ・遠くにいらっしゃる身内の方、なかなか自由にならなくてご本人のそばに誰かついてくださる方がいる、というだけで安心される。
- ・身内はもちろんですが、最終を共に過ごした方々に看取りをしてもらうことは本人も幸せな気がする。義父母の最終は、実の子よりも世話をした私が手をにぎらせてお別れした。
- ・義父も家に帰りたいたと繰り返して言っていたのですが、動けなかったのも、私たちが家でというのは難しかった。地域密着型サービスに入れているのならば、慣れ親しんだ所で看取っていただけるのは良いことだと思います。
- ・人生の最期を迎える選択肢が増える。  
やはり家だと家族に迷惑・負担をかけるので。
- ・人それぞれ事情はあります。必ず自宅で最期を迎えられるとは言えないので、地域密着型サービスにおけるケア・看取りは必要になると思います。
- ・子どもたち家族が安心して暮らせると思います。

- ・死に対して真正面からいろいろな角度で考え教えていただきました。
- ・私一人の時はやはり不安です。ご近所の方のお力を借りたいと思います。
- ・自信はありません。2年ぐらい前に近所の方が家族に見守りされながら亡くなられ、今は改めてなるほど、と感動しています。
- ・病院以外の選択ができる。
- ・認知が進行し、他の入居者とけんかとなり、施設より病院(精神科)に移るように言われた。病院に移ると歩かなくなり車椅子生活となった。追い出されない限り理想だと思う。
- ・希望される家族などにも一緒に終末期ケア・看取りもできるので大変良いことだと思います。
- ・若いときと同じ気持ちでいける。
- ・ここ1・2年家族に認知症の者が出てきたので大変ためになりましたし、グループホームでの看取りができるのは、安心だったり、理解できる。私もグループホームでの最期もありと思うので、子どもたちに伝えるべきだと思った。
- ・本人が生活してきた場所で最期を迎えることは幸せなことだと思います。
- ・今回なのはなの家の話は聞いたが、そのほかの所がどのくらいあるのかわからない。また、入所するときになかなか選ばれないので、どのような考えかが入所当初はわからなかった。
- ・賛成ではあるが、家族の負担を考えると難しいかもと考える。
- ・経験がないのでとても心配です。このようなサービスせひ相談したいと思います。
- ・薬物療法には抵抗がある。
- ・今までの仲間と最期まで一緒にいたい。

## 9. そのほかの意見・感想

- ・(認知症に)誰になるかではなくて、いつなるかのキーワードはとてもインパクトがありました。
- ・とても分かり易く優しく説明していただき、ありがたいことでした。
- ・人生の終末に一人じゃない！ってことが大切な気がします。
- ・去年12月に義父を看取ったので旅立ちの様子がはっきりわかりました。もっと早く本人の状態がどのように変わっていくかが知っていれば良かったな、と思いました。
- ・自分もいずれ行く道です。それぞれのことも含め、終末時の事なども残される人にきちんと伝えておこうと思いました。エンディングノートに残すつもりでいます。
- ・どこで死にたいか？の質問で今までは家で、と思っていましたが、子どもたちの忙しさなどを考えると果たしてどうか、と考えてしまいます。看取りのための冊子が解りやすく、家族で話し合う機会が作れます。
- ・次は自分の番。自分で選択しなければならないが、できるのだろうか。

- ・地域密着型サービスが充実し、十分なグループホームが配置できますことを望んでいます。
- ・よいお話でした。知りたいことで、なかなか聞けないことなので嬉しかったです。認知症の者への接し方がよくわからない。みんな違うし、何事にもいいよいいよでいいの？他人には優しくできても、自分の親にはついひどくなる自分がいやになることがある。  
ありがとうございました。
- ・自分の最期について主人や子どもたちに伝えていることが大事だと思う。

《パワーポイント資料：永田》

<p>グループホームにおける終末期ケア・看取り 人生の最終段階を過ごす場所</p> <p>山口大学大学院 医学系研究科保健学系学域 地域・老年看護学分野 永田千鶴</p>	<p>認知症・グループホームについて</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・1990年代まで大規模な医療機関（主に精神科）の痴呆病棟に収容して保護する</li> <li>・1995年全国8箇所のグループホームでモデル事業開始→1999年3月103箇所（2013年10月11,770箇所）</li> <li>・2000年の介護保険制度施行に伴う認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の制度化</li> <li>*グループホームへの期待の大きさ</li> </ul>
<p>◆認知症は今 誰がなるか→いつなるか（誰もがなる） いかに早期発見・治療を受け、有意義な時間を増やすか</p>	<p>グループホームで教わったこと：期待される所以</p> <p>➢笑顔を大切にやさしく接する</p> <p>・場面：グループホームにいても自宅にいても「帰りたい」と不安になるご利用者が、自宅に戻ったかと思う数時間でグループホームに戻ってきました。</p> <p>「ご迷惑おかけしました」という利用者 「何も迷惑ではありません。一緒にご飯を食べようと思ってお待ちしていました。」と笑顔で応じる</p>
<p>グループホームで教わったこと</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・場面：利用者が「ご飯はできますかね」と尋ねるとすぐに職員が「じゃあ見に行きましょう」と一緒に台所へ見に行く。</li> <li>・場面：「ひむしか（おなかすいた）と訴えたとすぐに職員が「丁度よかった今からおやつですよ。今日は珍しいおやつですよ」と応じる。</li> <li>・教科書になど載っていない専門的な認知症ケアを実施していた。</li> </ul>	<p>グループホームで教わったこと：期待される所以</p> <p>➢「ここにいらしていいですよ」「今のままでいいですよ」</p> <p>➢些細なことでも利用者者に選択・決定してもらえるようにサポートする</p> <p>➢「トイレ」「お風呂」の表現に拒否を認める場合、立ち上がったときに「ちょっと歩きましょう」「一緒に付き合ってもらってもよろしいですか」「○○さんが呼んでいます」と工夫して誘導する</p>
<p>➢終末期（人生の最終段階＝最期のとき）ケアには職員と共に利用者もかかわる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・賛否両論：批判的な意見が多かった</li> <li>・医療職がない、医療の提供を想定していないグループホームで、最期のときのケア＝看取りまで行う必要があるのか。</li> <li>・共同生活ができる程度までがグループホームで提供するケアの役割である。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「ようやく終の棲家が見つかったと思って入居したのに、認知症が進行したから、グループホームは適切ではないので、出て行ってくださいと言われた」 ⇒皆さんはどのようにお考えですか？</li> </ul>

### 皆さんはどのような最期をお望みですか？

いのちには、始まりと終わりがあり、死は特別なことではありません。だれもが死を迎えます。

人が死ぬということはどうことなのか最期のときに寄り添う看取りについて大切な方との別れが近くなったとき、いのちについて考えてみようと思ったとき今日の話思い出していただければ幸いです。

多死社会とは・・・

高齢化社会の次に訪れるであろうと想定されている社会の形態です。

日本の医療は進歩しています。それなのになぜ死亡者数が増加しているのでしょうか？80歳未満の死亡者数は増えていません。増加しているのは80歳以上の高齢者の世代です。

治せない病気や寿命で亡くなる人が増えているのです。

### 人が自然に亡くなる過程

人は亡くなる前に食べられなくなることによって、脱水状態となり、徐々に眠る時間が増えて、日常生活動作が低下していきます。

生まれたばかりの子供は自分で寝返りができません。これが次第に食事量が増え、起きている時間が長くなります。そして成長とともに介護度が減っていきます。

人の終末期はこの逆です。

亡くなる前に食べられなくなるのは、体内で水分や栄養を処理できなくなるからです。このような状態で強制的に水分や栄養を取り入れていくと、手足や顔がむくんだり、腹水が溜まったり、痰が増えたりしてかえって本人をしんどくさせているのです。

天寿を全うする（寿命がきた）ときに全ての人に医療が必要でしょうか？医療にとって死は敗北と考えられてきました。

日本の医療は最期まで治すことを追及して長寿を目指してきました。しかし、多死社会では、どんなに素晴らしい医療をもってしても、いつか必ずひとは亡くなるということにしっかり向き合った上で、自然の死を受け入れることが必要になると思います。

⇒病院で最期を迎えることだけが幸せなのかどうか、考えてみましょう。

### 超高齢社会⇒多死社会

\*どこで死を迎えるのか

現状は、約8割が病院死

- 急性期医療の提供を圧迫
- 医療機関の不足
- ⇒在宅医療の推進（消極的な理由）

自然な最期を選択するとは。

亡くなる前に食事が十分に摂れなくなったら、点滴などを望みますか？

手や足からの点滴はカロリーはほとんどありません。一時的な脱水を改善したり、口から食べる量が少なくなるときに補助的にこのような点滴を行う事は非常に有効ですが、全く口から食べられなくなった時に、この点滴だけでは、必要なカロリーが身体に入りません。水分だけが身体に入ることになり、身体のむくみがひどくなったり、胸やお腹に水がたまったり、痰が多くなって吸引が必要になるなど身体にしんどさばかりが目立つようになってきます。入らない点滴の針を何度も何度も刺されたり、点滴を抜いてしまわないよう手足を拘束をしたりすることもあります。

⇒最期のときに治療は必要ないのです

### エイジング・イン・プレイス

高齢期になっても住み慣れた地域・自宅、あるいは居住施設（グループホーム）で継続した生活を送る

今いる場所で継続した生活を

⇒今いる場所で最期まで  
(病院以外の最期の場所を含む)

by永田千鶴

### グループホームに期待される人生の最終段階のケア・看取り

#### 強み


地域密着型の特徴をいかしたケア

- 地域・住民とつながる（地域の自治会、民生児童委員などのキーパーソン）
- 家族とつながる（家族も巻き込む）
- 地域の関係機関とつながる（主治医、開業医、ケアマネジャー、地域包括支援センター、警察、消防署、郵便局、銀行、学校など）

### まとめ グループホームならではの人生の最終段階のケア・看取りの実現

- ✓ 利用者・家族が希望する自然な最期を迎えることができる。  
ぎりぎりまで日常の生活を継続できる。  
もちろん、医療とも連携してケアを行う
- ✓ 家族やなじみの職員（利用者）、近隣の住民が見守る中で人生の最終段階を過ごし、穏やかな最期を迎える





## 看取りのために・・・

山口大学大学院医学系研究科保健学系学域  
地域・老年看護学分野  
清永 麻子

### 安らかな看取りのために・・・

- ・ご自宅や施設で看取するためには、旅立ちに至るまでに見られる身体の変化をあらかじめ知り、理解しておくことが大切です。
- ・その変化はすべての方に見られるわけでも、また、必ずしも順序通りに起こるわけでもありません。
- ・大切なのは、これから説明する変化が旅立ちに至るまでの自然な経過であるということです。
- ・ご家族が安心してご自宅や施設でのお看取りができますよう、ご本人が旅立たれるときの症状の変化を中心にお話していきます。

### 1.旅立ちが近づいているときの状態

【睡眠】

- ・眼を閉じ、眠っている時間が長くなります。体力が落ちて起きることができなくなります。そのまま見守りましょう。

### 1.旅立ちが近づいているときの状態

【食事】

- ・食欲が低下し、食べたり飲んだりする量が減り、時には全く食べられなくなります。

ご家族にとって、それは受け入れたい場合もありますが、体がその準備を始めたときには、食事や水分摂取量が減るのは、ごく自然なことです。

ご本人が食べたいと希望するものを食べさせてあげてください。無理に食べさせる必要はありません。

最後は水だけになります。

### 1.旅立ちが近づいているときの状態

【体の動き】

- ・眠っている時間が長くなりますが、時には穏やかでなくなり、意味不明な言動や大声を出す状態になることがあります。

そばに付き添い、穏やかにやさしく話しかけ、見守ってください。時にはご本人がお好きな音楽を流すことも有効です。

### 1.旅立ちが近づいているときの状態

【排泄】

- ・便や尿の失禁が見られます。

手足の筋力が落ちるように、便や尿を排泄する力も低下するために失禁が起こります。時間を見ておむつ交換をしましょう。

また、水分量が減るため、尿量が減少し、時には全く出ないこともあります。

### 1.旅立ちが近づいているときの状態

【皮膚】

- ・唇や皮膚が乾燥します。

唇が乾燥したら、濡らしたガーゼや綿棒などで湿らせてください。

手足が冷たくなり、白～紫色になってきます。そして身体の下になっている皮膚は暗紫色になることもあります。

血液の流れが悪くなってきています。手足の冷たさが気になるときは、掛け物で調整してください。

飲水量が減るため脱水状態となり、発熱することもあります。

### 1.旅立ちが近づいているときの状態

【呼吸】

- ・喉もとでゴロゴロという音がする(死前喘鳴といえます)ことがあります。

喉の奥にたまった唾液などが振動して音が出ます。呼吸は変化しやすく、不規則になってきます。

時には、15～30秒ほど止まることもありますが、慌てず、見守ってください。

## 1. 旅立ちが近づいているときの状態

### 【呼吸】

呼吸がしばらく止まったり、あごを持ち上げるような呼吸はお別れが近づいているサインです。

来てもらいたい人がいたら連絡を取ってください。

呼吸がしやすい身体の向き(枕を外す、あごを上げるような首の角度にする、横向きにするなど)にして様子をみましょう。

喉もとで痰が絡むような音があります。死前喘鳴といって

通常起こりうることです。

ご本人は苦痛を感じていないのでご安心ください。

人が亡くなる前は苦しまず、とても安らかになるといわれています。

これは、神経伝達物質の一種である「β-エンドルフィン」というホルモンが関係しています。

「β-エンドルフィン」は脳内麻薬ともいわれ、鎮痛効果や気分の高揚・幸福感が得られます。

亡くなる前に、呼吸の際「ゴロゴロ」という雑音があるときがあります。見た目は苦しそうですが、「β-エンドルフィン」の放出により、ご本人はそれほど苦しさを感じていないといわれています。

## 1. 旅立ちが近づいているときの状態

### 【意識】

・呼びかけに対し反応がなくなります。

耳の機能は最期まで保たれているといわれています。

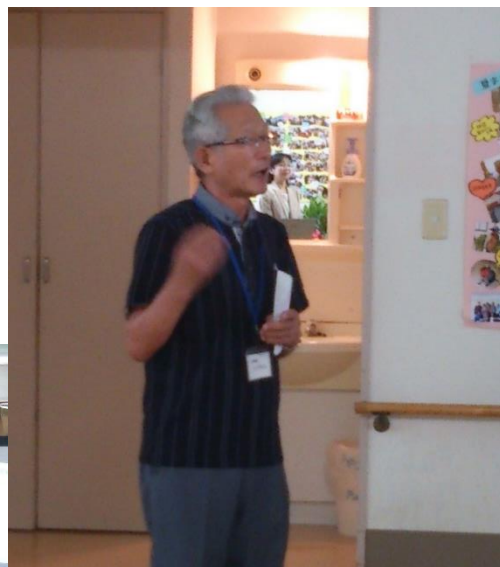
皆さんの声かけはご本人に聞こえています。思い出や感謝の言葉をかけてください。

## 2. 旅立ちが訪れたときの状態

- ・呼吸が完全に止まり、胸やあごの動きがなくなります。
  - ・心臓の動きが止まり、脈拍が触れなくなります。
  - ・手足の先の方から、徐々に紫色に変わってきます。
  - ・お看取り後に着る服の準備をお願いします。
  - ・ご本人が用意されているものがあればそれを、ご家族が着せたいと思ったもの、ご本人が気に入っていたもの、思い出のものなど何でも結構です。
  - ・ご家族は十分にお別れをしてください。
  - ・お体をきれいにさせていただきます。
- ご希望があれば一緒に行うこともできます。

いのちには、始まりと終わりがあり、死は特別なことではありません。

人が死ぬということはどういうことなのか最期のときに寄り添う看取りについて大切な方との別れが近くなったとき、いのちについて考えてみようと思ったとき思い出していただければ幸いです。



2015年7月18日(土)

「看取りの学習会」

(於なのはなの家)





2015年7月18日(土)  
「看取りの学習会」  
(於なのはなの家)



2015年8月5日(水)「看取りの学習会」  
(於恩田市民センター:恩田地区民生児童委員協議会)

#### 4)第2回 宇部から発信 地域密着型での看取り

10月31日(土) 13時30分~16時30分(於山口大学 S6 教室)

##### (1)プログラム

13:00	受付
13:30	開会 オリエンテーション(永田)
	自己紹介, 研究の説明, 同意書への署名, グループワークの流れほか
13:40	グループワーク開始
	セッション1 地域密着型事業所における終末期ケア・看取りの現状および課題
14:20	検案に関する情報提供(永田)
	看取りの作法(清永)
15:00	グループワーク
	セッション2 検案に関して
15:30	休憩
15:40	グループワークで出た内容の発表
15:50	全体での検討(疑問点や課題について)
16:10	講評 アドバイザー
	山口大学大学院医学系研究科保健学系学域 教授 堤 雅恵先生
16:20	アンケート記載
16:30	閉会

##### (2)研究参加者 10人

##### (3)アンケート結果 回収率 100%

###### プロフィール

- ・男性1人、助成9人
- ・30代1人、40代2人、50代5人、60代1人、不明1人
- ・看護師2人、介護福祉士7人、ホームヘルパー1人、
- ・基礎資格での経験年数 5年未満1人、5~10年5人、10~15年1人、15~20年1人  
20~25年2人
- ・地域密着型での経験年数 5年未満6人、5~10年2人、10~15年1人、15年以上1人
- ・地域密着型での看取りの経験の有無 有3人 無7人
- 「検案」「看取りの作法」に関する情報提供について
- ・理解できた7人、やや理解できた2人、不明1人
- 地域密着型での看取りについて
- ・賛成10人、以下、記述内容
- ・理念に「その人らしく」がある以上、その方らしい人生の終わりを今住まわれているグループホームで迎えるという選択があってもよいのでは、と思いました。
- ・ご家族の意向が確認できれば良いことだと思います。ただ、医師の関わりが、最大の

問題点であると感じています。往診、夜間・休日の呼び出しなど、理解していただけないと難しい。


- まだまだ事業所での終末期ケアや看取りに突いての知識や技術などが不足しており、実例はありません。今後重要な課題であることを踏まえて、地域の中の事業所で、地域の方の介護の安心を提供できるようにしていきたい。取り組みをしていきたい。
- 自然なことだから、住み慣れた場所で穏やかに過ごしていただきたい。
- 選択の幅が広がっていくことは大切だと思います。グループホームや小規模多機能での慣れた場所で、というのはよいことだと思う。
- 住み慣れた地域・場所で、その人がその人らしく死を迎えられること、その方に関わった家族や職員・知人に看取られることはその人にとって何にもかえられないことだと思う。必要以上に苦痛を与えないですむ。
- 本人が亡くなる場所を選ぶ選択肢が増えることは良いことだと考える。
- 住み慣れた場所で最期を迎えるに当たり、看取りを地域密着型で行うことは、自然なことだと思えた。
- 地域密着型だからこそ看取りができる「住み慣れた場所で最期まで」
- 地域密着型の目的に「住み慣れた地域で・・・」とあります。できるだけその地域の中で暮らし、その延長線上に終末期があれば、暮らしの継続として受け入れたいと思う。

#### その他の意見・感想

- 本人や家族の意向をよく確認し、その方にとって幸せな人生を送り最期を迎えられるよう、職員一同でよく学び覚悟をして支えていきたいと思う。
- 日頃から感じている疑問を同じ立場の人に聞くことができ、よい勉強になった。
- 始めて参加した。新しいネットワーク作りに役立ちそうである。貴重な意見を聞いた。
- いろいろな経験をすることで、個人として、チームとしての力がついていく。ご家族に対しては、どんなに信頼関係が築けていたとしても、一瞬で崩れることもある。大切なことはコミュニケーションを重ねること、利用者の状態の連絡を続けること。
- 事業所同士が連絡を取り合って看取れた事例を報告できるようになると良いと思う。看取りできるようにどのようなことを取り組んでいけばよいのか考えていきます。
- 徐々に状態が悪化していくケースは対応が可能なようになっていなくなってしまう。急変(突然死)の場合受け止められるか?(家族や職員が)と思う。

《パワーポイント資料:永田》

平成27年度 宇部から発信  
地域密着型サービスにおける  
終末期ケア・看取り



山口大学大学院医学系研究科保健学系学域  
地域・老年看護学分野  
永田千鶴 清永麻子 堤雅恵

在宅死のなかで・・・

- 病院死 約7.9割 在宅死 約1.6割
- 自宅死亡の内訳は(大阪府岸和田市)  
病死・自然死以外(自殺や不慮の事故など)8%  
検案での病死および自然死 48%  
看取り(多くは在宅かかりつけ医)44%
- 在宅死の約半数は看取りではなく検案
- 誤解も存在するのではないかと。

死亡前24時間以内に診察していないと、  
死亡診断書は書けないのでしょうか

- ・医師による最後の診察後24時間以上経過して、医師が立ち会わずに居宅や施設で死亡した場合、死亡診断書は書けず、異常死として警察に届け出て、死体検案が必要というような解釈である。
- ・死の間際に救急病院に収容され、結果として救急医が、診療中ではない患者の死として、警察に検案を要請することも少なからずある。

死亡前24時間以内に診察していないと、  
死亡診断書は書けないのでしょうか

- ・警察や検案医の介在により、穏やかに看取ることができなくなることは辛いことであり、看取りにかかわることへの弊害になってはいけない。

#### 在宅(居宅)での看取り

- ・死亡診断書に対する誤解があることや、死亡診断書の記載が厄介であることから、在宅での看取りを躊躇する医師も存在するのではない。
- ・市民側も、在宅(居宅)での死は、警察に通報し検死となるなどの誤解がある。

「診察後24時間以上経過した死」でも、  
診療中の患者は死後の診察で死亡診断書が書ける

#### ・医師法第20条

医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書を若しくは死産証明書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。但し、診療中の患者が受診後二十四時間以内に死亡した場合に交付する死亡診断書については、この限りではない。

「診察後24時間以上経過した死」でも、  
診療中の患者は死後の診察で死亡診断書が書ける

⇒診療が継続している患者が、それに関連する原因で死亡した場合、24時間以内なら改めて死後診察しなくても、24時間以降は死後の診察を行うことによって、死亡診断書が書けることを明確にしている。

「診察後24時間以上経過した死」でも、  
診療中の患者は死後の診察で死亡診断書が書ける

- ・診療継続中の患者が受診後24時間以内に診療中の疾患で死亡した場合は、異常がない限り、改めて死後診察をしなくても、死亡診断書を交付することを認めている。

⇒これは、24時間を超える場合には死体検案書を交付しなければならないという趣旨ではない。

死後診察を行い、生前に診療していた傷病が原因と判定できれば、死亡診断書を発行できる。

「診療中の患者」とはどのような場合か

- ・かかりつけ医の治療や療養指導を受け、入院や定期的な通院、薬剤の投与を受けるなど、かかりつけ医が自らの管理下にあると判断した場合をいう。
- ・最後の診察からの時間経過によって一律に規定されているものではない。  
何日前までの診察ならよいのかというような定めはなく、病状に応じて医師の判断に委ねられている。医学的にも社会通念上も妥当な判断が求められる。

死亡診断書か死体検案書かの選択

- ・診療中の患者ではない
- ・診療中であっても、診療中の状態とは全く別の原因による死である場合  
→死体を検案して異常が認められない  
→死体検案書を発行する  
→異常が認められれば  
→24時間以内に警察署に届け出る  
→監察医などが死亡検案書を発行する


#### 死体検案書について

- ・死亡診断と異なって、生前にその死亡の原因となった疾病を診察したことがない死体、または外因によって死亡した死体についてその死亡の確認、その死亡原因、死亡時刻などを推定し、死体検案書を作成する。
- ・医師は、死因となった疾病について生前に診察しなかった死体に関しては、死体について検査した上で死体検案書を作成するが、その効力、意義においては死亡診断書と全く等しい。

死亡時刻は医師が確認した時間なのか

- ・「死亡したとき」(死亡時刻)は、死亡確認時刻ではなく、死亡時刻を記入する。
- ・「死亡したとき」が不明の場合でも、分かる範囲で記入する。
- ・家族や訪問看護師から信頼できる死亡時刻に関する情報が得られれば、参考にして記載する。  
(在宅において、死亡時に医師が不在の場合、呼吸が止まった時刻を医師に報告する。)






## 看取りの作法

山口大学大学院医学系研究科保健学系学域  
地域・老年看護学分野  
清永 麻子

### 臨終に向かって起こること


- 食べもの・水分を取らなくなります。
- 屋間も眠った状態になります。
- 時に落ち着かなくなり、夢と現実の区別ができなくなることがあります。
- 自分のいる場所、時間、話している相手のことがわかりにくくなります。
- 目が見えにくくなります。
- 体温が下がり、触れると冷たく感じます。
- 顔色が青白くなり、うすすら汗ばみます。
- 喉に唾液や痰がたまり、ゴロゴロと音がすることがあります。
- 顎が上ががり、呼吸が乱れ、呼吸しない時間が少しずつ長くなります。



### 死はどなたでも見ることができます


#### 死の3兆候

①心臓拍動停止 ②呼吸停止 ③瞳孔散大・対光反射停止




### 死はどなたでも見ることができます

- 心臓が止まります。  
左胸に触れたり、聴診器を当てても心臓が動いていません。
- 手首、足の付け根、首の横に触れても動脈が動いていません。




### 死はどなたでも見ることができます

- 呼吸が止まります。  
胸が動かない  
呼吸音が聞こえない  
鏡を口や鼻にかざしても曇らないことで判断できます。
- まつ毛や眼に触れてもまぶたが動きません。  
眼球が動かず、瞳孔が開いたままになります。




### 死はどなたでも見ることができます

- 呼びかけたりゆすったりしても反応がありません。
- 顎の筋肉がゆるんで口を少し開けたままになります。




このようなときには時間を確認し、  
施設管理者や訪問看護師に連絡をします。

救急車や警察を呼んではいけません・・・




### ご臨終あるいはご臨終が近づいたときの対処方法

- 臨終が近づいたと思われるときは  
訪問看護師担当者ご連絡します。  
状況に応じて訪問看護や訪問診察があります。
- 臨終に医師や看護師の立会いは必須ではありません。  
いなくても心配ありません。
- いつ亡くなったか、わからなくても大丈夫です。  
気づいた時間を記録しておきます。




### ご臨終あるいはご臨終が近づいたときの対処方法

- 亡くなられたら、ご家族で十分にお別れをします。  
訪問看護担当者への連絡はしますが  
急がなくても大丈夫です。  
連絡を受けた訪問看護師が今後の対応について説明をします。  
ときに、訪問は翌朝になることもありますので、指示に従ってください。
- 医師と看護師が訪問して、  
必要な処置と診断書交付の準備をします。  
条件によっては医師が訪問する必要のない場合もあります。



ご遺体はご本人ご家族の意思どおりにいたします。

ご家族とお話をされ、訪問看護師、葬儀関係者に伝えてください。



### ○介護に関する一問一答

介護に関するアンケートの結果から、自宅での介護を行っている(想定している)会員が多いことが示された。そこで、在宅介護研究のエキスパートである永田千鶴教授(山口大学大学院医学系研究科)をコメンテーターにお迎えし、介護に関する一問一答を述べて頂いた。進行は田村博子理事と徳田信子理事が担当した。一問一答の中で、特に永田教授が強調されていたものを下記に示す。詳細は別途資料を見て頂きたい。

#### (1)自宅で介護する際の心構えは？

##### ①わがまを言える「かかりつけ医」の情報を得る。

かかりつけ医は、介護をする者・される者双方にとって重要な人物。自分もしくは両親の居住エリアで「わがまを言えるかかりつけ医」を探しておくことがとても大切である。

近年は、在宅療養支援病院や在宅療養支援診療所が増え、自宅での介護を親身になってサポートしてくれる。中には、患者を大切にするために敢えて在宅療養支援を公に示していない病院・診療所もあるので、積極的に情報収集をしておくことが大切。

##### ②優秀な「介護支援専門員(ケアマネージャー)」とつながる。

基礎資格を必ず確認し、医療面で信頼できるかどうかを検討すること。

##### ③「かかりつけ医」と連携・協働がとれる訪問看護ステーションとつながる。

訪問看護師は癌の終末期や人工呼吸の管理、小児や精神疾患の管理も可能。逆に重篤な疾患が無くても頼むことができ、症状の変化に合わせて訪問の頻度を変えることができる。例えば、手術からの退院直後などは頻回に訪問してもらうようにすれば、介護する側も安心して外で仕事ができる。医療保険でも利用できる。訪問看護師は利用できる社会資源も熟知しており、働きながら自宅で介護する際には強力な味方になる。ぜひこのシステムを使ってほしい。

##### ④(まだ介護保険を申請していない場合は)余裕のあるうちに申請する。

申請してからサービスを利用できる状態になるまでには 1 か月以上かかるため、余裕を持って申請することが肝要。

#### (2)介護についての情報は世の中に溢れているが、信用できる情報源は？

##### ①ネットで情報を得たい場合

- ・山口県の情報を知りたい場合 山口県介護保険情報総合ガイド かいごへるぷやまぐち

<http://www.kaigo.pref.yamaguchi.lg.jp/>

- ・他県の情報を知りたい場合

WAM NET(独立行政法人福祉医療機構が運営。全国の情報が得られる)

<http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/>

## ②実際に足を運べる場合(推奨)―自分もしくは両親の居住校区の地域包括センターへ

介護や健康のことはもちろん、認知症ケア・虐待・権利擁護についての相談もできる。個人の状況に合わせて総合的な相談に乗ってくれる。提供されるサービスは地域によって差異があるため、自分と両親の居住校区が離れている場合は、サービスの内容をあらかじめ比較しておくのも良い。文字で公表できない施設の情報(評判など)を持っていることもあるので、余裕のあるうちにぜひ訪ねておきたい。

## (3)両親が急に病気になり、退院後すぐには自宅で介護できない場合はどうするのか？

転院先として回復期リハ病棟がある。疾患によって入院期間が決まっている。また、病院によって入院期間に対する姿勢が違い、滞在できる期間に差があるので、自分や両親の居住地にある回復期リハ病棟の状況を事前によく調べておく。

## (4)知られていないサービスで、是非勧めたいというサービスはあるか？

近年、地域密着型サービスが発展してきているので、是非利用してほしい。ぎりぎりまで日常生活を継続でき、家族主体の看取りができるのがメリット。

## ①認知症対応型共同生活介護(グループホーム)

自宅と同じ市町村(慣れ親しんだ地域)の小規模な施設で、家庭のような環境に暮らすことができる。原則個室で、個別のケアを受けることができる。認知症の症状が悪化しても退去しなくて良い場合もある。

## ②小規模多機能型共同生活介護

通いを中心としたサービス。急な宿泊が可能なのがメリット。介護する側が突然何らかの事情で帰宅が困難になった場合(緊急手術、自分自身の病気など)、急の宿泊も受け入れてくれる。看護師が配置されており、看取りもできる。完全に自宅で看るのは難しいが施設に住むのは抵抗があるというような状況の人に適応できる。もちろん介護の相談にも応じてくれる。医師のように定時で帰宅するのが難しい仕事を続けながら自宅で介護をするにはとても便利なサービス。

## (5)永田教授からのコメント

介護の方法は様々に存在し、変化し続けている。病院・施設・自宅・地域密着型サービスのそれぞれに特徴があり、また、地域によってもサービスの内容に違いがある。信頼できる情報を基に「自分の生活スタイルにあった介護」を考えて頂きたい。

4. 2016年度

1) 富山県認知症グループホーム連絡協議会

《パワーポイント資料:永田》

<p style="text-align: center;"><b>目指したい エイジング・イン・プレイス</b></p> <p style="text-align: center;">地域包括ケアシステムの構築</p> <p style="text-align: center;">≡エイジング・イン・プレイスの実現</p> <p style="text-align: center;">=地域密着型サービスこそがケアの拠点</p>	<p style="text-align: center;"><b>目指したい エイジング・イン・プレイス</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域密着型サービスに求められるケア</li> <li>・住み慣れた地域で</li> <li>✓認知症高齢者を支える</li> <li>✓独居高齢者を支える</li> <li>✓「今いる場所で最期まで」「自分らしい暮らしを人生の最期まで続ける」事を視野に入れば</li> </ul> <p style="text-align: center;">求められる看取りのケア</p>
<p style="text-align: center;"><b>強み</b> グループホームならではの 終末期ケア・看取り</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 専門的な認知症高齢者ケア</li> <li>✓ ユニット型の特徴をいかした家庭的なケア</li> <li>✓ 利用者・家族が希望する自然な最期を迎える、ぎりぎりまで日常生活を継続できる</li> <li>✓ 家族やなじみの職員（利用者）が見守る中で穏やかな最期を迎える</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>エイジング・イン・プレイスの実現を目指して：これまでの研究活動で明らかになったこと</b></p> <p>➢グループホームでは素晴らしい認知症ケアが実践されている。</p> <p>✓<u>せっかく素晴らしいケアを実践してきたのに</u></p> <p>食べられなくなったから、浴槽をまたげなくなったから、歩行が難しくなったからと医療機関に入院したら・・・</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・経管栄養や点滴が始まります</li> <li>・機械浴になります</li> <li>・車椅子での移動を強いられる</li> </ul> <p>⇒ベッド上寝たきり</p>
<p style="text-align: center;"><b>エイジング・イン・プレイスの実現を目指して：これまでの研究活動で明らかになったこと</b></p> <p>➢課題1「医療提供体制の不備」</p> <p>医療職（医師や看護師）が存在しないグループホームでは、人生の最終段階のケアは不可能？</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓看護職が4人いても看取りは実践しない</li> <li>✓看護職が了解すればいつでも実践できますという無責任な経営者（看取りは看護職の仕事だと思っている）</li> <li>✓専門職はたった1人のケアマネジャー兼務の介護福祉士（管理者）でも主治医や訪問看護ステーションと連携して実践</li> </ul> <p>⇒看取りの実践は医療職の配置の有無とは無関係</p>	<p style="text-align: center;"><b>エイジング・イン・プレイスの実現を目指して：これまでの研究活動で明らかになったこと</b></p> <p>➢課題2「家族の看取りに対する理解不足」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓家族の意向：いざとなったら医療機関を希望する</li> <li>・説明のしかた</li> <li>「このままですと亡くなりますよ」他にも利用者がいます」「ここでは何もできません」</li> <li>・本人は医療を望まないけれど最期は「医療機関」とする家族や住民は多数</li> </ul> <p>✓家族の協力の下、あるいは家族主体の看取りを目指すには、家族の理解が不十分</p>
<p style="text-align: center;"><b>エイジング・イン・プレイスの実現を目指して：これまでの研究活動で明らかになったこと</b></p> <p>➢課題3「職員の力量」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓死に対するマイナス感情 怖い、不安、夜間は1人なので</li> <li>✓責任問題になる 検案になる（警察が入る）</li> <li>✓何もできない 自分でなかったら、もしかしたら助かったかもしれない</li> </ul>	<p style="text-align: center;">これからの研究活動</p> <p>➢明らかになった課題を 「<u>地域との結びつき</u>」 で解決したい</p>



<h3>口から食べにくくなったとき</h3>	<h3>「食べる」ということについて</h3> <ul style="list-style-type: none"><li>•「食べる」とは、何かを口に入れて、その何かが食道を通過して胃に入り、消化されること。</li><li>•「飲む」「飲み込む」「吸う」「舐める」も同様に定義できるので、ここでは、これらも「食べる」ことに含める。</li></ul>
<h3>食べることは・・・</h3> <ul style="list-style-type: none"><li>•生きること</li><li>•暮らし</li><li>•文化</li></ul> <p>誰と何を何処で食べるかは、その人の暮らしや人生そのもの。口から食べられなくなるかもしれないということは、暮らしや人生をおびやかされること。</p>	<h3>口から食べられなくなるかもしれない・・・</h3> <ul style="list-style-type: none"><li>•人工的に水分や栄養を補給するかどうか</li><li>•人工的に水分・栄養を補給しても、しなくても、「これでよいのか」と思ってしまう。</li><li>•人工的な水分・栄養補給の方法は一つではありませんが、今回は「胃瘻」について考えることにします。</li></ul>
<h3>嚥下障害の原因</h3> <ul style="list-style-type: none"><li>•脳血管障害が最も多い</li><li>•ALS(筋萎縮性側索硬化症)、パーキンソン病、進行性核上性麻痺、などの神経性難病も嚥下障害を引き起こす</li><li>•認知症で食べ方や飲み込み方がわからなくなることがある</li></ul>	<h3>嚥下障害の兆候</h3> <ul style="list-style-type: none"><li>•食事に30分以上かかる</li><li>•錠剤が呑み込めない</li><li>•痰がらみの咳をする</li><li>•頻繁に発熱する</li></ul>
<h3>嚥下障害への対処</h3> <ul style="list-style-type: none"><li>•姿勢の工夫:食事のときに頭を起こす 食後も30分程度上体を起こしておく</li><li>•食形態の工夫:ゼリー状にしたり、とろみをつけたりする。</li><li>•入れ歯を調整する</li><li>•喉の筋肉を鍛える</li></ul> <p>それでも肺炎を繰り返したり体重が低下したりする場合、胃瘻の造設を検討する。</p>	<h3>胃瘻</h3> <ul style="list-style-type: none"><li>•癌の末期や老衰で、水分や栄養を体が受け付けず苦痛が増すだけの場合は胃瘻を造設しない方が良い。</li><li>•嚥下障害で口から食べられなくなっているのなら、胃瘻造設の適切性を検討する。</li><li>•胃瘻でカロリーを確保し、好きなものを少量口に含んで味わうこともできる。</li><li>•栄養を確保することで褥瘡がなくなり、体力が回復する。</li></ul>
<h3>認知症の場合</h3> <ul style="list-style-type: none"><li>•食事の時間を十分にとる</li><li>•姿勢、雰囲気、食形態、食器、スプーン、などを工夫する。</li><li>•虫歯や入れ歯、便秘、内科的な疾患の有無、などを評価する。</li><li>•認知症の場合、体力があるのに嚥下機能が低下することはほとんどない。</li></ul>	<h3>最期の生はどうあるべきか</h3> <ul style="list-style-type: none"><li>•共通理解がない。 ⇒</li><li>•適切な意思決定を行う。 意思決定の過程が適切であれば、結果について責任を問うべきではない。</li></ul>

### 胃瘻を造設するにあたって

- 口から食べ続けることによる、本人の人生にとっての利益と不利益を評価する。
- 目的を明確にしつつ最善のものを見出す。
- 家族の事情や生活環境も考慮に入れる。
- 生きていることは良いことで、多くの場合、本人の利益になる。
- 個別に、本人の人生をより豊かにすること、少なくとも悪くしないことを目指す。

### 意思決定プロセス①

- 口で食べ続けることによって何らかの問題が起きることが予想される時点で検討を始める
- 家族の関与の程度は個別に決める
- 本人の意思が確認できなくてもできる限り本人と話し合う
- 本人の意思が確認できない場合事前の意思表示のみで決定しない
- 情報を共有して記録を残す

### 意思決定プロセス②

- その意思決定は社会的視点に照らして適切か
- 専門的な評価の基準や判断は確実でも絶対的なものでもない
- 判断が難しい場合、第三者に許容限度を超える害が及ばない限り本人が嫌がることはしない。
- 気持ちが揺れることは仕方がない。意思決定の後に、それを本人や家族が翻すこともある。

### 留意点

- ① 生命が維持されることで本人の良い人生を維持できる
- ② 本人が快適に過ごせる
- ③ 本人の意思

口から食べることができるようになった場合、胃瘻が本人の利益にならっているかどうか疑わしくなった場合は、胃瘻の中止を検討する。  
家族の負担にも配慮する。



2016年6月21日(火)

富山県認知症グループホーム連絡協議会役員の皆様

## 2)第3回 宇部から発信 地域密着型での看取り

2016年9月10日(土)13時30分～16時30分(於山口大学 S6 教室)

### (1)プログラム

13:00	受付・司会進行(堤)
13:30	開会 オリエンテーション(永田)
13:40	報告:平成26～27年度の研究成果(永田)
14:00	情報提供: 終末期の身体の変化からエンゼルケアまで(清永)
14:30	休憩
14:50	話題提供:看取りの経験(宮内氏, 竹中氏)
15:00	セッション1 グループディスカッション(1G 堤, 2G 清永, 3G 永田) 「地域密着型事業所における終末期ケア・看取りの現状および課題」
	セッション2 グループディスカッション 「セッション1で出された課題の検討」
16:00	各グループの発表 まとめ
16:30	アンケート記載・閉会

### (2)研究参加者 15人

アンケート結果

プロフィール

- ・男性2人、女性13人
- ・30代5人、40代2人、50代5人、60代2人、不明1人
- ・看護師4人、介護福祉士11人
- ・基礎資格での経験年数 5年未満3人、5～10年3人、10～15年4人、15～20年3人  
20～25年1人、25年以上1人
- ・地域密着型での経験年数 5年未満5人、5～10年2人、10～15年1人、15年以上1人
- ・地域密着型での看取りの経験の有無 有10人 無5人  
「これまでの研究成果」に関する情報提供について
- ・理解できた13人、やや理解できた2人  
「終末期ケアの実際に関する情報提供について」
- ・理解できた11人、やや理解できた4人  
「パンフレットは活用できるか」
- ・活用できる14人、少しは活用できる1人

山口大学

**第3回**  
**宇部から発信 ～3年間の軌跡～**  
**認知症高齢者のエイジング・イン・プレイスを果たす地域密着型事業所での看取りの実践**

山口大学医学系研究科保健学専攻  
 永田千鶴・堤雅恵・清永麻子

山口大学

**2014～16年度の研究活動**

地域密着型サービスの特徴をいかした終末期(人生の最終段階の)ケア・看取りの実践に向けてフォーカスグループディスカッションを主体とした研修を企画・実践

↓

**看取りの実際と今後の課題を明らかにし  
 解決策を検討**

本研究は平成25～28年度科学研究費補助金を受けて実施  
 (基盤研究 (C) 25463554)

山口大学

**フォーカスグループディスカッション**

**【対象】**  
 A市内グループホームおよび小規模多機能型居宅介護施設  
**【参加者】**  
 2014年：11事業所の職員18名  
 2015年：8事業所の職員10名  
 2016年：11事業所の職員16名  
**【内容】**  
 ✓ 看取り経験者から実際の話提供を受け、FGDにより施設の課題を明らかにし、課題解決策の検討  
 ✓ 認知症に関すること、死に向かう身体の変化、家族への対応、死後のケア(エンゼルケア)、検案に関する情報提供  
 ✓ 3年間の研究成果の報告、今後の展望

山口大学

**看取りの経験**

**【日常の延長線】**  
 「前日までお風呂に入った」「夕食まで美味しいと笑顔で食べた」などくぎりぎりまで通常の生活>をし、スタッフ全員でくできること>を行い、  
 <特別なことではなく当たり前なこと>として<自然に看取り>を実践していた。ただし、<条件が合致した上での看取り>であり<家族の意向>に添い<家族の覚悟>が得られた上で実践し<無理に看取ることはない>。

**【葛藤】**  
 「治療の見込みがないのかどうかの判断が難し」<<入院しての延命が自然な死>かの決断は職員にとって<<重い責任>>である。

**【力量】**      **【地域密着型で看取る】**

終末期ケア・看取りを実践する上で職員にはく提供できるケア><急変><病状の進行・見直し><死へ向かう過程>の<<判断>>や<<看取る覚悟>>が求められる。

**【工夫】**  
 他の利用者とはくケアの時間をすらし>たり、居室のドアを開けて<職員が目が行き届く>よう<<環境を整え>><<密な家族との関係づくり>><<利用者との関係づくり>>をケアに活かし、<<連携できる医師を見つけ>>実践していた。

<<地域密着型ならではの連携・協働体制>>を構築して看取りを実践することで<<得られる満足や感謝>>により、**【地域密着型で看取る】**意義を確認していた。

山口大学

**看取りの課題**

**【事業所の体制・方針】**  
 看取りは実践しない方針として<<入院を勧め>>また、<<曖昧な事業所の方針>>やく<<曖昧な責任の所在>>が認められた。

**【制度上の問題】**      **【困難な連携・協働体制】**  
 <<医療職の配置を求めない>>という<<制度上の問題>>から、医療連携体制をとっていても、<<24時間の医療対応が困難>>な事業所も少なくなく、<<必要時医療職を確認できない>>ことやく<<日頃の状況を把握していない医療職>>のため、非効率的な医療提供を強いられている。<<検案は避けたい>>が、医療との連携は<<かかりつけ医とは異なる医師>>であるなど<<困難な連携・協働体制>>が明らかである。

**【死に対する教育不足】**      **【看取りへの理解不足】**

グループワークにおいて、終末期ケア・看取りに対し、死について「恐怖以外のなにものでもない」と語り、<<人は皆死ぬ>>ことを受け入れられない>職員も存在した。また、「できればやりたくない」「一体何から始めたらよいのかわからない」と語り、<<状態悪化時は入院となる慣例>><<病院ではない場所での死を受け入れられない>>といった事業所の存在も明らかになった。

山口大学

**FGDに対する参加者の反応**

FGDの感想や意見を求めたアンケートの記述部分  
 全記録単位：111

1) 医療との連携体制が必要	25 (22.5%)
2) 家族の関係構築が必要	16 (14.4%)
3) 他事業所の看取り実践が参考になった	15 (13.5%)
4) 職員への教育が必要	12 (10.8%)
5) 看取る方針の確立が必要	11 (9.9%)
6) 日常の延長線上の自然な看取りである	5 (4.5%)
7) 学んだ知識を活かして実践したい	5 (4.5%)
8) 利用者に大切に扱われることの結果としての看取り	3 (2.7%)
9) 自らの経験を話すことで課題を明確にできた	2 (1.8%)
10) 地域密着か医療かの判断が困難	2 (1.8%)



### 課題の解消に向けて

《死に対する教育不足》や《看取りへの理解不足》に対して、最期は医療機関という考え方の変容を目指し、地域密着型で看取りが可能であるということを知る研修の機会を、事業所の専門職だけでなく**利用者の家族や地域住民を対象**に実施する。

【理由】  
民生児童委員や自治会長など**地域キーパーソン**の理解を得る。  
→地域のキーパーソンが住民に伝える。  
→地域密着型で最期を迎えることが、医療機関以外の選択肢の1つとなる。

### 看取りの学習会

A市（総人口17万人）B校区で、2日にわたり、同じ内容の研修を実施（平成27年7月18日・8月5日）

【対象】  
B校区のグループホーム（1ヶ所）の職員10名  
利用者家族および同校区の自治会・民生児童委員36名

【研修内容】  
認知症ケアについて、死に向かう身体の変化、看取りのケア

【アンケート内容】  
属性（性別、年代、看取りの経験の有無）  
地域密着型での看取りの賛否  
記述：研修に対する意見・感想

### 研修「看取りの学習会」

認知症家族の地域密着型サービス（グループホーム）における終末期ケア・看取り

プログラム

1. グループホームなのはなの家の紹介
2. 認知症に向き合うこと グループホームでの実践
3. グループホームにおける終末期ケア・看取り
  - 1) 人生の最終段階を過ごす場所
  - 2) 旅立ちが近づいている身体の状態

懇談会  
質疑応答  
アンケート記載  
閉会

2015年7月  
なのはなの家

### 結果

参加者の概要

	職員 (n=10)		家族・自治会住民 (n=36)	
性別	男2名	女8名	男13名	女21名 不明2名
年代	20代1名 40代3名 60代2名	30代1名 50代3名 60代2名	40代1名 60代20名	50代2名 70代以上13名
経験した看取りの経験・場所	有5名 病院4名 施設1名	有34名 病院30名 自宅4名		
地域密着型での看取りに対する賛否	賛成4名 反対1名 どちらともいえない5名	賛成36名		
研修内容の理解	理解できた 7名 やや理解できた 3名	理解できた 21名 やや理解できた 2名		

### 地域密着型での看取り：職員

地域密着型での看取りに積極的に取り組むことができない理由：

《死に対するマイナス感情》《看取り体制の不備》《力量不足》

《死に対するマイナス感情》：＜不安・恐怖・負担＞

《看取り体制の不備》：＜不十分な職員配置＞  
＜困難な医療提供＞ ＜本人・家族の理解＞

《力量不足》：＜知識・経験不足＞

### 地域密着型での看取り：職員

研修が与えた影響：地域密着型で看取りに取り組むための《覚悟の形成》

《利点の認識》《有用な知識》

《覚悟の形成》：＜本人・家族の理解＞＜学んだことでの不安の緩和＞＜看取りに臨む覚悟＞

《利点の認識》：＜身近な人と過ごす終末＞  
＜馴染みの音・匂いの中での看取り＞

《有用な知識》：＜病院以外での看取り＞  
＜終末期の身体の変化＞

### 地域密着型での看取り：住民・家族

研修が与えた影響：地域密着型での看取りを知って《看取りの場の選択肢の拡大》

《利点の認識》

《看取りの場の選択肢の拡大》：＜本人・家族の希望＞＜自宅での看取りがかなわない場合＞＜病院以外の看取りの場＞＜認知症患者の看取りの場＞

《利点の認識》：＜身近な人と過ごす終末＞  
＜ケアへの信頼＞

### 地域密着型での看取り：住民・家族

研修が与えた影響：地域密着型での看取りを知って《有用な知識》《変化した認識》

《有用な知識》：＜認知症ケア＞＜看取りの現状＞  
＜死に対する理解＞

《変化した認識》：＜自宅での看取りを希望＞  
＜看取りの場の選択に向けての準備＞

**結論** 山口大学

1. 地域密着型サービスでの看取りの実践は【日常の延長線】上にあり【葛藤】を抱えながらも【力量】を備えて、職員間で【工夫】・協力して実践し、【地域密着型で看取る】意義を確認していた。
2. 【課題】には、看取りを積極的に実践しない《事業所の体制・方針》《困難な医療との連携・協力体制》医療職の配置を求めない《制度上の問題》職員の力量不足による《死に対する教育不足》や《看取りへの理解不足》が挙げられた。

**結論** 山口大学

3. 地域密着型での看取りに関し、家族・住民には、看取りの場の選択肢の1つとして受け入れられ、研修で得た知識の活用はもちろん、家族や自身の人生の最期段階を考える機会として捉え、家族と話し合ったり、自身の意向を伝えようとする参加者が複数存在した。
4. 職員には、賛成できないとする意見を認めた。これは、高齢者との日々を過ごす職員にとって、差し迫った課題であり、実践すべきだと理解しているものの踏み出せない葛藤があるものと考えられる。しかし研修後、職員にも＜学んだことでの不安の緩和＞や＜看取りに臨む覚悟＞など、前向きな意識の変化が認められ、研修の有用性が示唆された。

**結論** 山口大学

地域密着型サービスでの終末期ケア・看取りを促進するためには、「宇部から発信」のようなフォーカス・グループ・ディスカッション（FGD）での情報共有も有効だと考える。「FGDで学んだことを実践したい」という記述により、FGDで他事業所の実践を知り、情報を得ることで、終末期ケア・看取りの実践への意欲につながることが示唆された。


特に、明らかになった課題を他事業所がどのように解決したかの情報は有用である。  
FGDが情報ネットワークとして機能することで、終末期ケア・看取りの促進を期待したい。

➡ **エイジング・イン・プレイスの実現**

**謝辞** 山口大学

お忙しい業務の中、本研究にご協力いただいた地域密着型サービス事業所の職員のみならず、住民のみならず心から御礼申し上げます。  
宇部市地域密着型事業所の今後の発展を、心から願っております。

また、本研究は文部科学省科学研究費の助成を受け、実施している研究「認知症高齢者のエイジング・イン・プレイスを果たす地域密着型事業所での看取りの実践」基盤研究（C）25463554の一部です。深く感謝いたします。



《パワーポイント資料抜粋:清永》

宇部から発信  
地域密着型サービスにおける終末期ケア・看取り

「終末期の身体の変化からエンゼルケアまで」

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻  
地域・老年看護学講座  
清永 麻子

安らかな看取りのために・・・

- ・ご自宅や施設で看取るためには、旅立ちに至るまでに見られる身体の変化をあらかじめ知り、理解しておくことが大切です。
- ・その変化はすべての方に見られるわけでも、また、必ずしも順序通りに起こるわけでもありません。
- ・大切なのは、これから説明する変化が旅立ちに至るまでの自然な経過であるということです。
- ・ご家族が安心してご自宅や施設でのお看取りができれば、ご本人が旅立たれるときの症状の変化を中心に話していきます。

旅立ちが訪れたときの状態

- 呼吸が完全に止まり、胸やあごの動きがなくなります。
- 心臓の動きが止まり、脈拍が触れなくなります。
- 手足の先の方から、徐々に紫色に変わってきます。
- お看取り後に着る服の準備をお願いします。  
ご本人が用意されているものがあればそれを、ご家族が着せたいと思ったもの、ご本人が気に入っていたもの、思い出のものなど何でも結構です。
- ご家族は十分にお別れをしてください。
- お体をきれいにさせていただきます。  
ご希望があればご一緒に行うこともできます。

旅立ちが訪れたときの状態

【死の3兆候】

- 心臓拍動停止
- 呼吸停止
- 瞳孔散大・対光反射停止

## 旅立ちが訪れたときの状態

### ● ご臨終あるいはご臨終が近づいたときの対処方法

臨終が近づいたと思われるときは訪問看護師担当者に連絡します。状況に応じて訪問看護や訪問診察があります。  
臨終に医師や看護師の立会いは必須ではありません。いなくても心配ありません。  
いつ亡くなったか、わからなくても大丈夫です。気づいた時間を記録しておきます。  
救急車や警察は呼びません。  
医師と看護師が訪問して、必要な処置と診断書交付の準備をします。

連絡を受けた訪問看護師が今後の対応について説明をします。  
ときに、訪問は翌朝になることもありますので、指示に従ってください。

## エンゼル・ケア (死後のケア)

ご利用者が旅立たれたら、  
最期のケアを行います。  
訪問看護師や葬儀社で行うこともありますが  
施設の職員やご家族も一緒に行うこともできます。

## エンゼル・ケア (死後のケア)

### 【目的】

ご遺体を、死によって起こる外観の変化を目立たないようにし、清潔に保ち、その人らしい姿を整え、旅立ちの準備をします。

体液や排泄物による汚染を防ぎます。

病原微生物の飛散を防ぎ、ご家族や親しい方への感染を予防します。

## エンゼル・ケア (死後のケア)

### 【ご遺族との時間】

死亡確認後、すぐにケアを行うのではなく10～15分位ご遺体とご遺族・親しい方々を残して退室します。(お別れの時間)

頃合いを見計らって  
『そろそろ最期のケアを行いたいのですが・・・』  
と声をかけましょう。  
死後硬直が始まる前(死後2～3時間)に終わるようにします。  
ご遺族と一緒にする場合もある。死後のケアに参加することには  
個々人の考え方や思いがあるので決して無理強いはいないように  
しましょう。

## エンゼル・ケア (死後のケア)

### 【葬儀社の手配】

通常、ご遺族に確認し、希望の葬儀社を呼んでもらったり、病院(施設)と提携している葬儀社を紹介したりする。

葬儀社には、死後のケアが終わる頃に来てもらうよう連絡をする。

## エンゼル・ケア (死後のケア)

### 【ケアに必要な物品】

清拭用具 (タオル2～3本・お湯・洗面器)  
美容用具 (櫛・爪切り・髭剃り・お化粧セット)  
口腔ケア用品 (スポンジやガーゼ)  
脱脂綿・青梅綿  
綿棒  
割りばし  
紙おむつ  
白い布 (30cm四方程度)  
衣類: 故人の好みの物やご遺族の希望の物 (宗教上の配慮も必要)・アクセサリーやウィッグ等



アンケート結果(p 66 の続き)

・地域密着型での看取りについて 賛成 13 人、不明 2 人

理由としての記述内容

- ・最期まで住み慣れた場所にいたい。
- ・今後事業所の課題にし、利用者の希望に添えるよう、対応していきたいと思った。
- ・自分自身の親のことを考えた時に(地域密着型での看取りが)あって欲しいと思う。
- ・看取りケアがどんなものかを知ってもらえるといい。
- ・地域密着型の住み慣れた地域でその人らしく生活する、つまり生きること。看取りもその人らしい当たり前の暮らしなのではないか。
- ・住み慣れた場所、家庭に近い環境で最期を迎えることができると思う。認知症の方はなるべく環境を変えるべきではないと思う。
- ・自宅では(看取り)に不安があるが、地域密着型を利用すれば可能。
- ・ご家族の希望に添いたい。職員の意識変革につながった経験有り。
- ・今まで過ごされた場所でなじみの人に囲まれ、なじみの時間の流れの中で穏やかに旅立つことが理想だと考える。
- ・死を自然な人間の終末と考えて、受け入れていきたいと思う。また、ご利用者本人・家族が事業所での看取りを望むのであれば、そのお気持ちに添って看取りを实践したい。
- ・本人・家族にとって終末期をどこで過ごすか、選択肢が増えることは良いことだと思う。
- ・地域密着型の利用を希望する人はまだいると思うので、地域にもっと地域密着型が増えて、第3、第4の看取りの場になっていきたい。
- ・地域密着型での看取りはまだまだ根付いていない。地域住民の考えや、終末についての考えは興味深かった。自分たちが年齢を重ねることで意識も変化する。事業所も年数を経過することで力もついてくると思う。地域と一緒に考えることが必要である。
- ・どちらともいえない。鍵になるのは医師との連携だと思う。看取りに対して理解がある医師とめぐり合えば看取りができるかもしれない。
- ・まだまだ体制が整っておらず、職員の意識も無い状態なのでなんともいえないが、個人的には賛成。まずは法人の協力病院から訪問診療が可能な開業医への主治医移行などから…。

フォーカスグループディスカッションについて:役に立つ 15 人

- ・いろいろな施設での体験を知り勉強になった。方針や取り組み内容も全く異なるため、多くのことを知るきっかけになった。関わった期間が短期間・長期間に関係なく、その方の最期に添った対応ができるように心がけたい。
- ・自分の事業所の方針の中でできることをもっと充実していけるように内容を深めたい。



- ・いろいろな事業所の話が聞けてよかった。看取りについて共感できたり、個々の看取りケアがあることがわかった。スタッフ全員が看取りに関心をもてた上で、対応したい。
- ・他の事業所の取り組みがわかり、楽しかった。看取りというデリケートでタブー視されがちなテーマで話し合うことは意義があったと思う。
- ・自分たちの看取りケアを客観視することができた。今後も推進していきたいと、意欲も向上した。
- ・自分自身の勉強不足を感じた。研修などで知識を増やしていきたい。
- ・事業所スタッフの教育と地域の方々の理解が必要。最期は自分の家で看取ることが可能であるということを知っていただけるように、方法を考えていきたい。(運営推進会議や地域での研修などで…)
- ・とても良い看取りの経験談を聞くことができた。他の事業所の苦勞、医療との連携など、貴重な話し合いになった。4回目以降もぜひよろしくお願いします。
- ・他の事業所のことが少しわかりました。職員は優しい。その優しさを存分に発揮できる体制を作っていきたい。
- ・「医」がないグループホームでは「医」ということがいつも大きな課題だと思っていたが、「医」があるところでは、また別の介護職としての気持ちがあることを教えてもらいました。
- ・他の事業所の看取り事情がわかり、参考になった。
- ・自由に意見を出しやすく、少人数なので、話を受け入れやすい。実際に看取りにあたったことがないので、主治医や家族との連携など、考えていかななくてはならない。職員の致死この向上や、看取りをどうやって捉えていくのかも、研修しなければならないと思う。ただ、私たちは介護の現場で介護職としてできることを看取りで発揮できれば、と思う。(医療的な知識は必要だと思う…)
- ・看取りの実際を聞き、その方が亡くなるまでのQOLを高めた生活が大事だと意見を聞くことができた。医師とのつながりを密に構築していくことが大事になると思った。

3) 看取りの学習会

2016年10月23日(日)13時30分～14時30分(於だんけぐーと)

:永田・堤・清永

(1) プログラム

From:だんけぐーと有紙 0827811066 2016/09/20 13:54 #249 F.002/002

# 平成28年度 地域交流会

～年間テーマ～  
「安心してください。私達がいいます。」  
～笑顔と一緒に年を重ねましょう～

お元気ですか。ありがとさんの地域交流会も今年で11年目を迎えました。  
これからも、地域の方に気軽に立ち寄っていただけるようなサロンを目指して活動続けてまいります。  
安心して、この地域で暮らしていけるよう、そして皆さんからたくさんの笑顔を引き出せるように「地域ケア」を勤めてまいります。  
お友達やご近所の方をお誘いのうえ、ふるってご参加下さい。

主催 NPO法人ありがとさん

## 6回目 平成28年10月23日(日)

13:30～14:30

# 「看取りの学習会」

山口大学大学院  
医学系研究科保健学系学域  
地域・老年看護学分野

教授 永田千鶴 先生  
教授 堤 雅恵 先生  
助教 清永麻子 先生

14:40～15:30 認知症予防のための健康体操

★参加費は、無料です。  
★会場準備のため、参加される方は電話予約をお願いいたします。  
★送迎希望の方は送迎いたしますのでお電話ください。

お問い合わせ先 TEL (0827)81-1051  
デイサービスセンター だんけ 矢野・橋本

(2)参加者 58 人(職員 29 人、住民 29 人)

《パワーポイント資料:永田抜粋》

<p style="text-align: center;"><b>看取りの学習会</b></p> <p style="text-align: center;">人生の最終段階を過ごす場所</p> <p style="text-align: center;">旅立ちの時を自分らしく迎えるために 山口大学大学院医学系研究科保健学専攻 地域・老年看護学講座 永田千鶴</p>	<p>楽しくいきいきとした生活をして歳を重ねる ⇒ <b>旅立ちのときに訪れます</b></p> <p>縁起でもない、まだまだ若いし元気、先のこと</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ 予期せぬことも起こり得る</li> <li>→ 死は生きること</li> <li>→ 悔いなく生ききりましょう</li> </ul> <p>・考えるきっかけにいただければ幸いです</p>
<p style="text-align: center;"><b>超高齢社会⇒多死社会</b></p> <p>◆ 多死社会 日本の医療は進歩しています。 死亡者数が増加しているのはなぜ？ 年間死亡者数 <b>129万444人</b>と戦後最多です。 (2015年人口動態統計)</p> <p>→ <b>高齢化率 27.3% 世界一位</b> 増加しているのは80歳以上の高齢者世代です。 治療が届かない病気や寿命で亡くなる人が増加しています。</p>	<p style="text-align: center;"><b>超高齢社会⇒多死社会</b></p> <p>*旅立ちの時をどこで迎えるのか</p> <p>現状は、<b>76.6% (▲0.7)</b>が病院死 1950年代までは自宅が80% 1974年に50%を割った 1976年に病院と順位が逆転</p>
<p style="text-align: center;"><b>超高齢社会⇒多死社会</b></p> <p>*旅立ちの時をどこで迎えるのか 年間死亡者数129万人→2037年170万人 ⇒ 亡くなる前2か月間を入院することになれば、<b>死にゆく人々のためだけにあと12万床のベッドが必要</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>超高齢社会⇒多死社会</b></p> <p>*旅立ちの時をどこで迎えるのか</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 介護を受けたい場所【療養の場】 男性の約4割、女性の約3割は 自宅ほかは、医療機関や社会福祉施設を希望</li> <li>▶ 最期を迎えたい場所【看取りの場】 どの年代も50%以上が 自宅</li> </ul> <p style="text-align: right;"><small>平成24年 高齢者の健康に関する意識調査 内閣府</small></p>
<p style="text-align: center;"><b>高齢者の延命治療に対する考え方</b></p> <p>*「少しでも延命できるようあらゆる医療をして欲しい」 4.7% ⇒ <b>減少傾向</b> 全国65歳以上の男女 延命治療に対する考え方 平成24年</p> <p>自然な死を望む <b>91.1%</b></p>  <p>◆ 皆様はどのようにお考えですか？</p>	<p style="text-align: center;"><b>高齢者の延命治療に対する考え方</b></p> <p>*自然な死を選択するとは → <b>積極的な治療はしない</b></p> <p>◆ 亡くなる前に食事が十分に摂れなくなったら、点滴などを望みますか？</p>
<p style="text-align: center;"><b>自然な死を選択するとは</b></p> <p>手や足からの点滴はカロリーはほとんどありません。 一時的な脱水を改善したり、口から食べる量が少なくなるときの補助的にこのような点滴を行う事は非常に有効ですが、全く口から食べられなくなった時に、この点滴だけでは、必要なカロリーが身体に入りません。 口から食べ物を受けつけなくなるということは、水分さえも吸収することができません。</p>	<p style="text-align: center;"><b>自然な死を選択するとは</b></p> <p>身体が受けつけないのに点滴をすると、水分は吸収されずに、<b>身体の水がひどくなったり、胸やお腹に水がたまったり、痰が多くなって吸引が必要になるなど身体のしんどさばかりが目立つようになってきます。</b> 入らない点滴の針を何度も何度も刺されたり、点滴を抜いてしまわないよう手足を拘束をしたりすることもあります。 ⇒ <b>最期のときに治療は必要ないのです。</b></p>



### 旅立ちの時を自分らしく

- \* 治療を目的とする医療機関は自然な死を迎える場としては最適とはいえないかもしれません

### 超高齢社会⇒多死社会

- \* 旅立ちの時をどこで迎えるのか
- 現状は、76.6%が病院死
- 希望が多い在宅死は 12.7%
- 施設は 8.6%
- 医療機関の不足
- 急性期医療の提供を圧迫
- ⇒住み慣れた場所で最期まで暮らせるよう在宅医療を推進

### 在宅死が広がらない理由

#### \*在宅療養のデメリット

- 医師がいない
  - 看護師がいない
  - 医療機器がない
  - 治療ができない
  - 食事が出てこない
  - 介護の手がない
- 病院に入院したら  
安心
- 家族に迷惑をかけたくない

### 「家」の力

#### \*在宅療養のメリット

- ✓ 住み慣れた家が自分らしく過ごせる
- いつもの声や音
- いつもの匂い
- いつもの時間やリズム
- したい事がしたい時に好きにできる
- ✓ 一番一緒にいたい人と過ごせる

### 学ばされたグループホームでの認知症ケア

#### 認知症ケアの経緯

- ◆ 認知症は今 誰がなるか→いつなるか(誰もがなる) 一気に早期発見・治療を受け、有意義な時間を増やすか
- ✓ 1990年代まで大規模な医療機関(主に精神科)の痴呆病棟に収容して保護する
- 【大規模施設での必要量の画一的なケア】
- ⇒ 1992年にディサービスにD型(小規模)E型(認知症者対応で毎日通所型)制度化
- 【小規模な家庭的な環境での究極の個別ケア】

### 学ばされたグループホームでの認知症ケア

#### 認知症ケアの経緯

- ✓ 1994~96年先駆的に運営していた全国8か所のグループホームでモデル事業開始
- 1997年 制度化
- 介護保険法の居宅サービスに
- ✓ 1999年3月末
- 国庫補助対象のグループホーム103か所
- ⇒ 2015年4月現在12,776か所
- 認知症ケアの拠点として期待されている
- \* 訪問看護ステーション 9,070か所

### 学ばされたグループホームでの認知症ケア

#### ユニットでの専門的な認知症ケア

- 不安をもつ利用者の存在を受け止めた声をかける  
「ここにいらしていいですよ」「今のままでいいですよ」
- 気がかりに対して語尾が「よかったですね」「大丈夫ですよ」「私も皆も知っていますよ」などと安心を与えるコミュニケーションを心がける
- 「トイレ」「お風呂」の表現に拒否を認める場合、立ち上がったときに「ちょっと歩きましょう」「一緒に付き合ってもらってもよろしいですか」「○○さんが呼んでいます」と工夫して誘導する

### 学ばされたグループホームでの認知症ケア

#### ユニットでの専門的な認知症ケア

- 利用者の素敵なところを表現し伝える  
「髪型が素敵ですね」「笑顔が素敵ですね」  
「○○さんは優しいですね」
- 掃除道具が目に入るように棚のドアを開けておくなど、利用者が役割を担うきっかけを作る
- 些細なことでも利用者を選択・決定してもらるようにサポートする
- \* 利用者が浴室を出ると椅子があり、ドライヤー、化粧水が準備してあるなど、自立のきっかけを作る

### 学ばされたグループホームでの認知症ケア

#### ユニットでの専門的な認知症ケア

利用者の質問・疑問や欲求にすぐに対応できるよう  
なかかわりをもつ 敏感に反応する

場面：利用者が「ご飯はできてますかね」と尋ねるとすぐに職員が「じゃあ見に行きましょう」と一緒に台所へ見に行く。

場面：「ひむしか(おなかすいた)」と訴えるとすぐに職員が「丁度よかった今からおやつですよ。今日は珍しいおやつですよ」と応じる

### 学ばされたグループホームでの認知症ケア

#### ユニットでの専門的な認知症ケア

場面：グループホームにいても自宅にいても帰宅欲求が強いご利用者が、自宅に戻ったかと思うと数時間でグループホームに戻ってきた。  
「ご迷惑おかけしました」という利用者  
「何も迷惑ではありません。一緒にご飯を食べようと思ってお待ちしていました。」と笑顔で応じる

**知っておくと慌てない介護事情**


地域密着型サービス

- ・\*たとえ認知症になっても
- ・ **うまく活用することで**
- ✓利用者・家族が希望する**自然な最期**を迎える
- ・ぎりぎりまで日常生活を自由に継続できる
- ✓家族やなじみの職員（利用者）が見守る中で**穏やかな最期**を迎える
- ・ ⇒**家族主体の看取り**ができる


**旅立ちの時を自分らしく**

病院もよし  
施設もよし  
自宅もよし  
地域密着型サービスもよし

⇒**自分の生活スタイルにあった場所で**




《パワーポイント資料:清永抜粋》

2016.10.23 看取りの研修会 

**「終末期の状態とケアの実際」**

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻  
地域・老年看護学講座  
清永 麻子




**人が自然に亡くなる過程**

人は亡くなる前に食べられなくなるによって、脱水状態となり、徐々に眠る時間が増えて、日常生活動作が低下していきます。生まれたばかりの子供は自分で寝返りができません。これが次第に食事が増え、起きている時間が長くなります。そして成長とともに介護度が減っていきます。

人の終末期はこの逆です。

亡くなる前に食べられなくなるのは、体内で水分や栄養を処理できなくなるからです。このような状態で強制的に水分や栄養を取り入れていくと、手足や顔がむくんだり、腹水が溜まったり、痰が増えたりしてかえって本人をしんどくさせているのです。




**楽な最期とは枯れるように逝くこと・・・**

死ぬ人の大切な営みの一つです。

その時が来たら、人の身体は楽に逝けるよう、死の準備をはじめます。身体は楽に逝ける方法を知っています。それは、草や木と同じ枯れるように逝くことです。


無理に食べなくてもいいのです。身体は楽に逝くために体内の水分をできるだけ減らそうとしていきます。そんなとき、無理に水分や栄養を入れると、体に負担を欠けることとなります。



**楽な最期とは枯れるように逝くこと・・・**


死は人の最後の営みです。

その時が近づいたら、体が求めるままにうとうと眠り、食べたいものを食べたいだけ口にしてください。その穏やかな寝息の中で、家族とお別れのときが近づいていることを静かに覚悟していることでしょう。



**安らかな看取りのために・・・**

- ・ご自宅や施設で看取るためには、旅立ちに至るまでに見られる身体の変化をあらかじめ知り、理解しておくことが大切です。
- ・その変化はすべての方に見られるわけでも、また、必ずしも順序通りに起こるわけでもありません。
- ・大切なのは、これから説明する変化が旅立ちに至るまでの自然な経過であるということです。
- ・ご家族が安心してご自宅や施設でのお看取りができますよう、ご本人が旅立たれるときの症状の変化を中心にお話していきます。



**1. 旅立ちが近づいているときの状態**

【睡眠】	【皮膚】
【食事】	【呼吸】
【体の動き】	【意識】
【排泄】	

人が亡くなる前は苦しまず、とても安らかになるといわれています。

これは、神経伝達物質の一種である「β-エンドルフィン」というホルモンが関係しています。

「β-エンドルフィン」は脳内麻薬ともいわれ、鎮痛効果や気分の高揚・幸福感が得られます。

亡くなる前に、呼吸の際『ゴロゴロ』という雑音があります。見た目は苦しそうですが、「β-エンドルフィン」の放出により、ご本人はそれほど苦しさを感じていないといわれています。

## 2. 旅立ちが訪れたときの状態

- 呼吸が完全に止まり、胸やあごの動きがなくなります。
- 心臓の動きが止まり、脈拍が触れなくなります。
- 手足の先の方から、徐々に紫色に変わってきます。
- お看取り後に着る服の準備をお願いします。  
ご本人が用意されているものがあればそれを、ご家族が着せたいと思ったもの、ご本人が気に入っていたもの、思い出のものなど何でも結構です。
- ご家族は十分にお別れをしてください。
- お体をきれいにさせていただきます。  
ご希望があれば一緒に行うこともできます。

## 2. 旅立ちが訪れたときの状態

### ● ご臨終あるいはご臨終が近づいたときの対処方法

臨終が近づいたと思われるときは訪問看護師担当者に連絡します。状況に応じて訪問看護や訪問診察があります。

臨終に医師や看護師の立会いは必須ではありません。いなくても心配ありません。いつ亡くなったか、わからなくても大丈夫です。気づいた時間を記録しておきます。

救急車や警察は呼びません。

医師と看護師が訪問して、必要な処置と診断書交付の準備をします。

連絡を受けた訪問看護師が今後の対応について説明をします。  
ときに、訪問は翌朝になることもありますので、指示に従ってください。

## 3. エンゼル・ケア（死後のケア）

ご利用者が旅立たれたら、

最期のケアを行います。

訪問看護師や葬儀社で行うこともありますが  
施設の職員やご家族も一緒に行うこともできます。

## 3. エンゼル・ケア（死後のケア）

### 【目的】

ご遺体を、死によって起こる外観の変化を目立たないようにし、清潔に保ち、その人らしい姿を整え、旅立ちの準備をします。

体液や排泄物による汚染を防ぎます。

病原微生物の飛散を防ぎ、ご家族や親しい方への感染を予防します。

## 3. エンゼル・ケア（死後のケア）

### 【ご遺族との時間】

死亡確認後、すぐにケアを行うのではなく10～15分位ご遺体とご遺族・親しい方々を残して退室します。（お別れの時間）

死後硬直が始まる前（死後2～3時間）に終わるようにします。  
ご遺族と一緒にいる場合もある。死後のケアを参加することには  
個々人の考え方や思いがあるので決して無理強いもしないように  
しましょう。

## 3. エンゼル・ケア（死後のケア）

### 【葬儀社の手配】

通常、ご遺族に確認し、希望の葬儀社を呼んでもらったり、病院（施設）と提携している葬儀社を紹介したりする。


葬儀社には、死後のケアが終わる頃に来てもらうよう連絡をする。

## 3. エンゼル・ケア（死後のケア）

### 【ケアに必要な物品】

清拭用具（タオル2～3本・お湯・洗面器）  
美容用具（櫛・爪切り・髭剃り・お化粧セット）  
口腔ケア用品（スポンジやガーゼ）  
脱脂綿・青梅綿  
綿棒  
割りばし  
紙おむつ  
白い布（30cm四方程度）  
衣類：故人の好みの物やご遺族の希望の物（宗教上の配慮も必要）・アクセサリーやウィッグ等



山口大学


### 3. エンゼル・ケア（死後のケア）

**【手順】**

亡くなられた後、筋肉が弛緩して体内の内容物が体外に排出されやすく、ご遺体や寝衣類を汚染する可能性があるため、排出させます。

清拭タオルで顔を拭き、眼脂を取り除いた後に目を閉じます。

口腔からの異臭を防ぐために、ガーゼや歯ブラシ、スポンジ等を使って口腔清拭を行う。舌の上も丁寧に拭き、口腔内に残った水分はしっかりと拭きとります。

山口大学

### 3. エンゼル・ケア（死後のケア）


**【手順】**

頭髮の汚れが気になる場合は洗髪を行います。または、ドライシャンプー等を使用し整髪することもあります。

全身清拭を実施します。  
両手→胸腹部→足→背部→陰部の順に行う。

下着、または紙おむつをあてる。綿を詰めているので分泌物が出る心配はあまりありませんが、普通の下着を着用させた場合は、念のためにバットなどをあてておく安心です。

髭剃り・爪切りを行い、身だしなみを整えます。

山口大学

### 3. エンゼル・ケア（死後のケア）


**【手順】**

衣類を着用します。和式（浴衣）の場合は襟を左前に合わせ、紐を縦結びにします。  
(女性はへその高さ、男性は腰骨の高さで)

お化粧を施し、生前の姿に近づけましょう。

体を整え、両手をお腹の上に重ねます（合掌）

口が開いてしまう場合には早め（硬直前）に枕を高くして丸めたタオルを顎の下に入れます。  
(口が開かなくなってからタオルを外す)

山口大学

### 3. エンゼル・ケア（死後のケア）

**【手順】**

顔に白い布、体に白いシーツをかけます。ケア実施者は最後に敬虔の意を表し、合掌しお別れを言います。

物品を片付け、整理整頓を行います。

ケアが終了したことをご遺族に告げましょう。

### (3) アンケート結果

#### ① 基礎資格有 28 人

##### プロフィール

- ・ 男性 2 人、女性 19 人、不明 7 人
- ・ 20 代 2 人、30 代 2 人、40 代 9 人、50 代 10 人、60 代 5 人
- ・ 看護師 4 人、介護福祉士 17 人、ホームヘルパー 4 人、社会福祉士 1 人、ケアマネジャー 1 人、介護職 1 人
- ・ 基礎資格での経験年数 5 年未満 10 人、5～10 年 7 人、10～15 年 7 人、15～20 年 0 人  
20～25 年 2 人、25 年以上 2 人
- ・ 看取りの経験の有無 有 22 人 無 4 人 不明 2 人
- ・ 看取った人(重複回答)  
利用者 8 人、祖父母 4 人、父母・義父母 12 人
- ・ 看取った場所(重複回答)  
グループホーム 7 人、病院 13 人、施設 4 人、自宅 4 人

##### 「人生の最終段階の場」について

- ・ 理解できた 24 人、やや理解できた 1 人、不明 3 人

### 「終末期の状態とケアの実際」について

- ・理解できた 22 人、やや理解できた 2 人、不明 4 人

### 地域密着型での看取りについて 賛成 28 人

#### 理由としての記述内容

- ・どちらともいえない面もあるが地域で支えていただけると無理が無く有り難いし、安心して任せられる思いがより深まりました(自分がその立場になっても)。
- ・本当は自宅で最期を迎えたいと思っても、家族の都合等で叶わない。そういう現実の中、少しでも理想に近いものとなるのが、グループホームでの看取りになるのかもしれない。私は祖母の最期の 3 ヶ月そばにすることができ、幸せな経験ができた。また、先生が紹介されたエンディングノートももっている。またいろいろなお話を聞かせていただきたい。
- ・自宅が一番良いとは思いますが、諸事情で無理な場合も多く、とても助けになるサービスだと思う。
- ・理想では自宅で看取りたいが、現実には不可能なことはたくさんある(家族がいない、子守で介護が不可能)。そういう場合、なるべく自宅にいるのと同じ状態を提供してくれるグループホームは理想である。しかし、グループホームが実際近くにあるのか、あっても本当に家族の想いに添っているのか。選べるほどあればいいが、なかなかありません。
- ・利用料が高く、なかなか利用できない人もいると思うが、「自然な最期を」の点では良いと思う。
- ・人生の最期を自分らしく迎えるために“看取り”や“死”についてオープンに話せる時代になると感じた。勉強になった。
- ・グループホームで看取りの経験をした。その時、ご家族とスタッフ全員がとても穏やかに、その方だけを看ることができる空間を作ることができた。
- ・住み慣れた場所で、時にはなじみの方の訪問を受けたりして最期を迎えられたら良いと思う。
- ・最期はその方・家族が決めることであるが、グループホームで長年生活されてきた方は最期まで関わらせていただきたいと思う。
- ・難しいこともあるが、本人・家族が受け入れてくれれば、よいことではないか。
- ・ご本人・家族の心配事が一つでもなくなる、軽くなるような場であると思う。ぜひ活用・利用していただきたい。
- ・介護の仕事は大変になるが、その分一緒に過ごしてきた方の最期を共に過ごせるのは感動的なことです。
- ・病院での対応も困難になりつつある。自分らしい最期を考えた場合、在宅でいけるといいな、と思う。
- ・家で死にたい、と望む人が多いが、家族に迷惑をかけたくない気持ちももっている。そ



ここで、介護や看護のプロがいる家庭的な場所で家族と共に最期を迎える。家族の不安をやわらげると共に穏やかな死を迎えてもらいたい。

- ・自宅での看取りは家族の負担が多く、24 時間対応で家族も疲弊してしまう。終わりが見えない。病院では、本人も家族も希望しない治療を行われてしまい、苦しむ時間が長くなってしまふ。グループホームでは、ご家族スタッフなどがグループホームで見守りしながらゆっくりと最期の時間を過ごすことができる。

### その他意見・感想

- ・死の具体的なこと、その理由を聞き、すごく納得しました。自然体で自然体で穏やかに迎えられると思う。変に頑張らないですむ。慌てたりしないですむ。参加してよかった。ありがとうございました。
- ・独居の高齢者も多く、老老介護もある。それぞれの人の希望に添えるよう、皆さんの意識改革も必要かと思う。かかりつけ医との連携は必須である。
- ・一人暮らしの方、子どもが介護できない方など、在宅での看取りは難しいでしょうね。看取りの段階での施設入所もむずかしいでしょうし…。
- ・「自然に死んでいく」それが理想なのかもしれないが、そんなきれいごとにはいかない。「家族の想い」今まで育ててもらったたくさんの想いを思うと家族としては「これ以上治療はいいです」とは言えない。少しでも長く生きてもらいたい、というのが家族の本当の想いです。家族側のエゴでしょうか？
- ・今日の話聞かせてもらい、私たちのやってきたことが間違っていなかったと、いつそう確信をもつことができた。点滴をやめられるときはいつも複雑でしたが、本人さんの体がそう望まれているのだと知ることができた。
- ・看取りでの対応を今日勉強する機会になった。まだ経験が無いためどう看取りをしていくのか、重く受け止めている。
- ・母の看取りをした時に自分なりに今後母の看取りをするのか真剣に悩んだ。今日も話をきき、その時のことを思い出し、とても気持ちが楽になった。ありがとうございました。
- ・何度か看取りをさせていただいたが、最期の時の食べられなくなり、どこで食事や水分をやめていいのかという部分で引っかかっていた。今日のお話でとても納得できる内容でありがたかった。
- ・とても有意義なときを過ごせて感謝です。また参加したい。

### ②基礎資格無 30 人

#### プロフィール

- ・男性 9 人、女性 20 人、不明 1 人
- ・20 代 1 人、30 代 1 人、40 代 3 人、50 代 6 人、60 代 7 人、70 歳以上 11 人、不明 1 人
- ・看取りの経験の有無 有 21 人 無 7 人 不明 2 人

- ・看取った人(重複回答)  
祖父母 6 人、父母・義父母 14 人、兄弟姉妹 1 人、配偶者 3 人、子ども 1 人

- ・看取った場所(重複回答)  
グループホーム 7 人、病院 15 人、施設 1 人、自宅 9 人

#### 「人生の最終段階の場」について

- ・理解できた 20 人、やや理解できた 8 人、不明 2 人

#### 「終末期の状態とケアの実際」について

- ・理解できた 16 人、やや理解できた 8 人、不明 6 人

#### 地域密着型での看取りについて 賛成 24 人、不明 6 人

#### 理由としての記述内容

- ・とても無理。家族の合意でできるように。
- ・現在 1 人で生活しているので、これからどうしたらいいか、考え中です。1 人の時は大変です。
- ・核家族化で老老介護や独居者が多いこと。
- ・独り暮らしの方も近くに身内がいない方もいるから。
- ・独り暮らしの高齢の方が自宅で亡くなるのが難しい場合が多いと思う。
- ・嫁に出た立場なので、全部が全部難しい部分があるので、いろいろな方の手を借りると大変助かることがたくさんある。
- ・自宅での看取りが難しい場合も多く、在宅に近い形でのケアをしてもらえる場所があるのはとても有り難い。
- ・家族と共に過ごして最期を迎える方が安心するのかな、と思った。1 人で亡くなっていく場面は心細いと思うので家族と共に過ごしながら死を迎えるのは良いなと思った。
- ・母親が死去する際、病院での治療状況を目の当たりにしたため。
- ・人の終末は枯木と同じということで、看取りまでのイメージができた。ただし、がん等の疾病の場合の看取りをどうすべきか、施設長の考え方、職員への教育が気になる。
- ・グループホームにお世話になっているが、家族的な対応をいただいているので、こちらで看取りをしたいと思う。
- ・環境づくりが大切。
- ・家族の心の支えになる。
- ・より安心である。そんな気がした。
- ・自然に死を迎えること。
- ・知らないことも多く、(自然死)楽な死の方に賛成である。まわりの人の心構えも少しわかった。
- ・その方の意見を尊重することが良い、と思う。
- ・死者の気持ち(自宅がいい)。残された者の心残りのなさ。

## その他意見・感想

- ・グループホームで看取りをされていることを知り、安心した。大変参考になった。
- ・とても参考になった。人の体の終を知ることができて勉強になった。自然な死を迎えられたら良いと思う。
- ・参考になった。その場に立ったとき冷静にいられるかわからないが。
- ・自然に亡くなる過程は大変参考になった。
- ・大変参考になった。有意義な時間となった。
- ・祖母が独り暮らしをしているので、大変参考になった。
- ・年とった義母を看ており、良い話をたくさん聞かせていただき、ありがとうございます。
- ・最期耳が聴こえるから声かけをする 脳はいつまでも確かなものですか
- ・病院や施設での死が普通だと思っていた。点滴につながれ、迎えるのがよい死だとは思わない。大変深い話をありがとうございました。
- ・自然な死を迎えられるのが一番望ましいと思うが、いざとなると何とか治療をしたいと迷いが生じるような気がする。何もしないことへの罪悪感？自分自身は枯れるように願っている。ありがとうございます。
- ・在宅の看取りができるように、訪問看護や医師の数が増えると安心だと感じた。
- ・私も元気なときに希望を記しておこうと思った。
- ・もう看取られる年齢なので、皆さんに迷惑のかからないよう、事情にらせてお願いしたい。
- ・1人であるため言葉が出なくなり、話すことが困っている。認知症の前ではないかと困っている。



2016年10月23日(日)  
(於だんけぐーと)

#### 4) その他の研究活動

以上の研究報告以外に、2016年度は、看取りの経験のある事業所職員10人と経験の無い職員10人に対する、地域密着型での看取りに関するインタビューと運営推進会議の構成メンバー24人に対する地域密着型へのかかわりの内容やニーズおよび地域密着型での看取りに関するインタビューを行った。

現在、分析途中であるが、印象に残っている職員の語りの内容と運営推進会議の構成メンバーのインタビューデータの一部を共同研究者の北村が整理したものを以下に紹介する。

##### (1) 看取りの経験が有る職員と無い職員へのインタビュー

###### ① 看取りの経験が有る職員(管理者)

「若いスタッフとかは、やっぱり生きることと、死ぬことに関してあまり考えたことがないと思うんですが、以前に来られた方がこちらで亡くなったときはこうだったのよというターミナルのお話をしても、**ただ私は無理とか、私はできないかもしれないとか、消極的な雰囲気**に、ここ数年はターミナルがなかったことで変わってきて、経験のない人にしてみると難しいことのように感じるようです。いくら言葉で説明しても**実体験ではないので、なかなか浸透しないかな**というところはあります。」

——経験のないスタッフが増えて、看取りの話をするとう自信がないとかいうことなんですかけれども、そのことについてはどんなふうにか？

「今いらっしゃる入居者さんは小康状態ではありながらも元気なので、いざとならないとこれは分からないと思うので、そうしたときにすぐに私が行くよとか、そばにいるよというふう**に支えていく力があれば、きっと乗り越えてくれる**などは思っています。」

「それだけの思いが私にもあるし、何ていうのかな、そういう人は、生きて亡くなっていく姿を見られるというのはすごく幸せなことだと思うんですよ。ご家族と一緒に悲しんで、ホームに入っておられる入居者さんも皆さん最期を見送られるがですけど、お葬式とか通夜にも行かれるんですけども、その一体感というのはかけがえのないものだと思自自身も思いますし、**そういう経験を通じたら、やっぱりケアって何だろうという本質的なところがきっと腑に落ちると思うんです。時間は無限じゃないよ、だから今なんだよ**というところを分かってほしいなと思っています。」

「みんな、同じ毎日が続くと思っているんです。おはようと言くと、ばあちゃんが元気でここにこしているというのが永遠に続くと思っているんですね。だけど、**必ず終わりが来るんだよ**というところを初めて知るのはターミナルだと思うんです。**だからこそ、私たちは日ごろ何をしなきゃならないのかということを知る**。それを教えてくださるのが人の死で、親でもきょうだいでも友達でもみんなそうなんです。私は母とか父を亡くし、両親に言われたのは、お父さんは亡くなることでいろんなことを教えてくれているんだよと言ってくださったのが、私はすごく救いになったんです。そういうことを、私も伝えていきたいと思っています。」

## ②看取りの経験が無い職員

### i 地域密着型での看取りに対する葛藤

「夜勤で1人のときなんかは、もし私じゃなかったらどうなんだろうと考えてしまわないかなと思うんです。もし亡くなることがあっちゃったらですね。その経験はないんだけど、考えてしまうんじゃないかなと思うんです。急変とかして対応した場合にそう考えるんじゃないかなと。その先、やっていけるかなと思うんです。そういうときに遭遇しちゃったら、その先同じように介護職としてやっていかれるかなと思うんです。たぶん、もし別の職員がそうになって、私があるときにいない職員だったら、本当にしょうがないことだと思うし、客観的に見たらしょうがないことだと思う。その人のせいじゃないと思うんだけど、実際に自分だったら、やっぱり何かを残したままというか。」

「例えば、今の状態で急変でも明らかに亡くなっているとしても、取りあえず救急車なりを呼ぶとか、そういうことがあれば少し安心はあるかなと思います。その責任逃れをしているわけじゃないんだけど、そうですね。誰か、すぐ主治医の人もそばにいないぶん不安もありますね。電話が通じるのだろうかとか。」

—そうしますと、そういうときにすぐ医療機関の手を借りられれば解消できるということですか。

「少しは違うと思います。」「救急車を呼びたいんです。」

「まず救急車という指示があれば、全部じゃないけどいろんな不安は退くし、私はご家族に対してもそれをやるのが、やらなくちゃいけないんじゃないかなとちょっと思うんです。」

「ここに医療の人がいればいいんだけど、いない中でというのは少し不安というか。家族だったら、医療の人おらんのに救急車呼んでもらえんやっただかなとか思うんじゃないかなと思うんです。」

### ii 地域密着型での看取りに対する心構え

地域密着型での看取りに対する気がかりなことは「本人の意思がお元気なときというか、認知症を持っておられないときに確認しているわけではないので、自然の流れとはいいいながら、そういう意思確認がきちんとできているかといったら、どうなんだろうと思う。」

「緊急時のことを頭において動いていかなきゃいけないですね。いつ起きてもおかしくないということなんです。だから、緊急時のことを考えるのが、何ていうかな。いつも考えるみたいな、そういう組織にしていかなきゃいけないんだなというふうに感じましたね。こういうことがあるからやるというんじゃなくて、こういう仕事だからこそ、緊急時の対応は当たり前前の仕事というふうに、ルーチンワークとしてやっていかなきゃいけないんだというのが、最近の私の頭の中では。緊急時といいながら、これは私たちにとっての当たり前前の仕事としてやっていくべきことなんだな、というのがよく分かりました。」

「何ができるかといったら、そこに穏やかに静かにいられる、そういうことですかね。」

## (2) 運営推進会議の構成メンバーへのインタビュー(北村:抜粋)

### 運営推進会議における委員としての貢献

- ・家族の代表として質問をする。
- ・問題点を指摘し、解決法について助言する。
- ・考えつくことを提案する。
- ・報告事項に対して感想を述べる。

### 運営推進会議の意義

- ・会議開催に費やされる資源(労力・時間・モノ)を、利用者ケアに充てた方が良い。
- ・業務報告を簡略化し、重要なテーマを検討できるようにした方が良い。
- ・外部から多様な意見を入れることで組織を活性化できる
- ・職員の利用者虐待を防止することに貢献する

### 出席によって得られる利益

- ・各種報告を通して新しい知識が増える
- ・一般市民よりも詳しい情報を得ることができる
- ・いろいろな立場からの多様な意見を聞くことができる
- ・さまざまなサービスが地域の高齢者を支えていることがわかる

### 運営推進会議への要望

- ・経営状態について知りたい
- ・制度改正とそのケアや経営への影響について知りたい
- ・介護職員の支援・離職防止の取り組みについて知りたい

### 看取りについて

- ・自宅で死ぬことは難しいので施設や病院で死ぬことは仕方がない
- ・家族に迷惑をかけたくないので自宅では死ねない
- ・今後病院で死ねなくなるかもしれないので家で家族の終末期を世話できるように備えておく必要がある
- ・人は最期を家族に看取ってもらいたいのではないか
- ・病院では人間らしい扱いを受けられないので家族を施設で死なせたい
- ・施設入所している家族を病院に運んで死なせたいとは思わない
- ・看取りは施設にとって大きな負担だと思うので申し訳なく思う
- ・老衰なら施設で看取ってもらうのがよい
- ・いざという場合は自分が殺してしまうように感じられて入院させた
- ・回復の見込みについての情報がないので入院を選択せざるを得ない
- ・延命の結果持ち直しても苦痛の除去はできない場合はつらい
- ・職員の一生懸命な姿勢に救われる
- ・職員が一生懸命尽くしてくれていることはよくわかる

## VIII 研究の総括

認知症高齢者が、環境の変化によるダメージを極力受けることなく、看取りまでのケアを受けられる場として、小規模で家庭的な環境を備える地域密着型は、最有力だと考え、研究活動を継続してきた。地域包括ケアシステムにおいて、人生の最終段階を過ごす場としての地域密着型が担う役割への期待は膨らみつつあり、今後はいっそう着目されるものと確信する。ここで、研究者らが目指す地域密着型を拠点とした地域包括ケア体制の生活圏域のイメージを図1に表す。

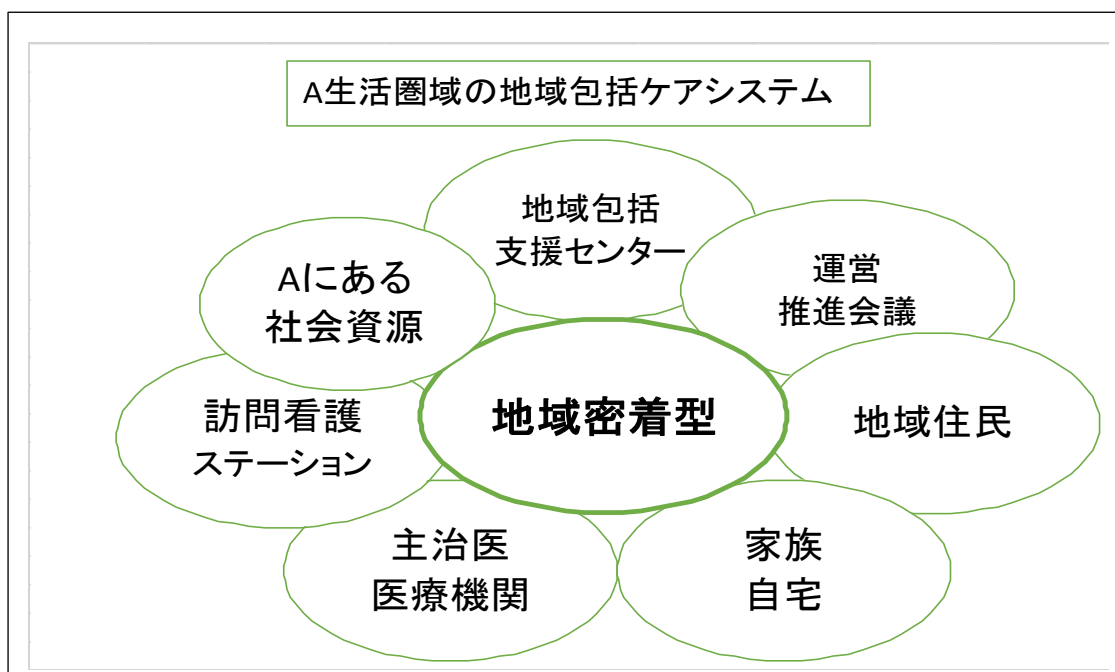


図1. 地域密着型を拠点とした地域包括ケアシステム

これまでの研究活動から、エイジング・イン・プレイスを実現する地域密着型を拠点とした地域包括ケア体制の生活圏域を形成するためには、地域密着型独自のプログラムによる看取り教育を実践し、人材育成に資することが必要だと考える。加えて、医療機関ではない場所での看取りに対する多職種や住民の理解を得るために、地域密着型の職員教育だけでなく、地域密着型には属さない専門職や、当事者の家族、住民を対象とした看取り教育が重要である。

我々研究者らが考える「地域密着型独自の看取り教育プログラム」とは、地域密着型の職員を対象とした、フォーカスグループディスカッション(以下、FGD)を主体としたプログラムと、職員と当事者家族および地域住民を対象とした合同のプログラム(以下、看取りの学習会)の2本を柱としている。

FGDでは、まず、研究者からの地域密着型での看取りに関する現状や看取りケアの知識・

技術に関する情報提供、事業所スタッフの看取りの経験に関する話題提供を共有する。次に、FGDにより、情報提供や話題提供の内容、それぞれの事業所での実践を振り返り、課題を検討する。最後に、全体討論により、課題解決の方法を見極める。研究者としては、このようなFGDを主体としたプログラムにより、参加者らが看取りの実現に向けて、展望をつかむことを期待している。

看取りの学習会では、会場となる地域密着型事業所の現状を踏まえた上で、職員や利用者家族および地域住民の、医療機関ではない場所での自然な死および看取りに対する理解を得ることを目的とした知識注入型のプログラムを実施する。

以上のことから、今後は、**I** 教育プログラムの実践と効果の検証により、精錬された地域密着型独自の教育プログラムを作成し、**II** 地域密着型での看取りの実態を把握した上で、地域密着型での看取りの実践事例集を作成する。そして、地域密着型での看取りに対するコンセンサスを得るために、**III** 地域密着型に所属していない専門職を対象とした意識調査を実施し、懇談会や交流会、シンポジウムを開催したいと考える。以下に、今後の研究活動を図2に示す。

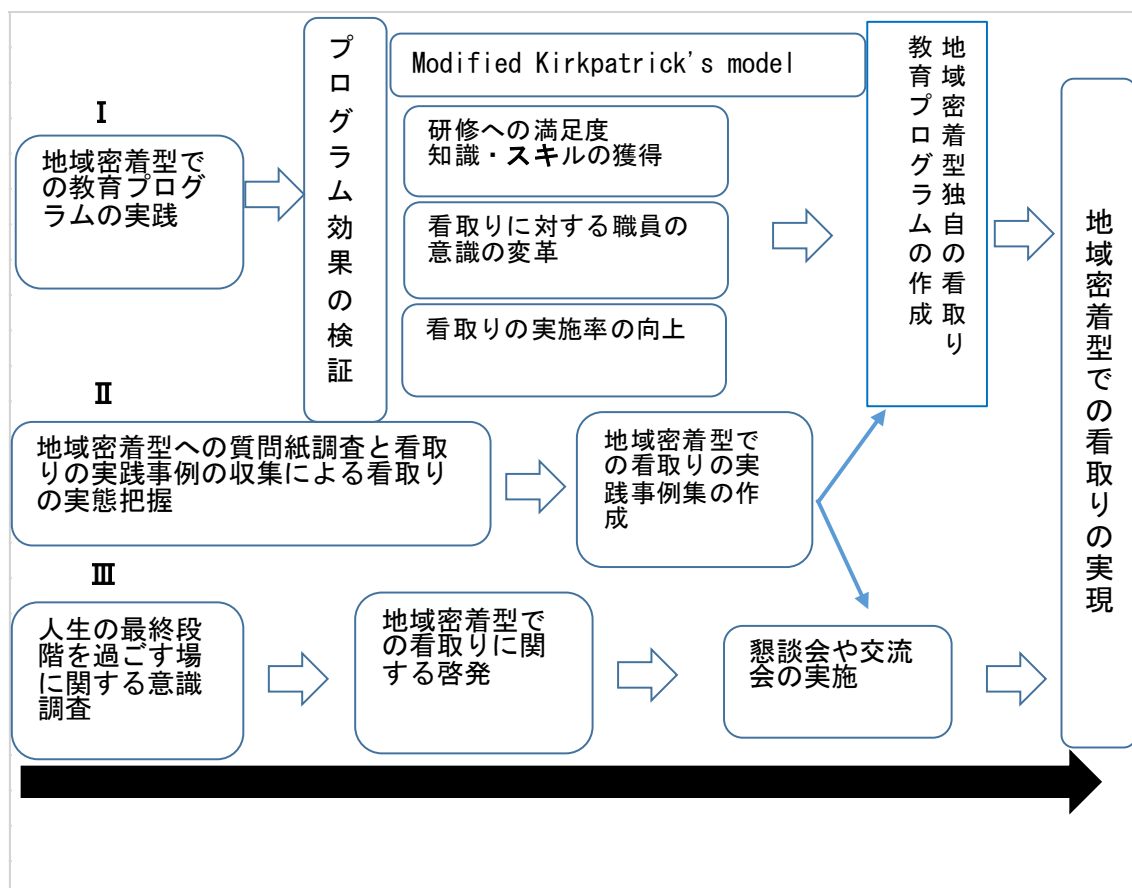


図2. 今後の研究活動の構想



## IX おわりに

地域密着型の魅力は、第一に施設でもない自宅だけでもない柔軟さ・自由さ、あるいは風通しのよさが挙げられる。そして、自宅だけで介護を担うことのしんどさや、病院や施設への抵抗に対し、選択の場を広げる頼りになる存在である。

第二に保健・医療・福祉の統合をまさに具体化できる場であり、医療と介護の連携を体感できることが挙げられ、外部の研究者らも垣根を越えて身を投じることができる。研究者らの多くは看護職であり、介護職中心の地域密着型に、垣根を感じることなく受け入れてもらい、医療との連携のあり方に対して一緒に戦略を練っている。時には、「看取りに看護は必要ない」「人生の最終段階なのに看護師は固くてうるさい」との発言もある。このような発言を聞くと、現場の介護職を頼もしく、また、いきいきとケアを提供する姿をうらやましく感じる。一方で、決して多くはないが、地域密着型において、看護職が、ハイテク看護ではないけれども、さりげなくハイケア看護を提供し、マネジメント力を発揮している様子を垣間見ることできる。

よって、我々研究者らの使命は、医療機関ではない地域密着型のケアの拠点としての底力を発信することであると考えている。これは、我々自身が地域密着型の発展を確信しているからこそであり、今後も、介入を受け入れられる限りは、教育プログラムの効果があるものとして、研究活動を継続していきたい。

## X 謝辞

最後になりましたが、本研究にご協力いただきました地域密着型事業所の職員の皆様、ご利用者およびご家族の皆様、地域住民の皆様にご心よりお礼申し上げます。また、本研究は、科学研究費の助成を受けて実施したものであり（平成 25～28 年度科学研究費助成事業 基盤研究(C)25463554）、重ねて感謝申し上げます。

## 文献

バーナード・ベレルソン；稲葉三千男・金圭煥訳，内容分析，1-79，みすず書房，東京，1957.

池内一：内容分析. 南博, 応用心理学講座第二巻 調査方法, 164-191, 光文社, 東京, 1959.

高齢者介護研究会報告書「2015年の高齢者介護－高齢者の介護を支えるケアの確立について」2003.

厚生労働省：地域密着型サービスの創設；2005年度介護保険法改正

[http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/gaiyo/k2005\\_09.html](http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/gaiyo/k2005_09.html) (2006年4月30日)

厚生労働省：認知症高齢者数について2012.

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002iaul.html> (2012年8月24日)

厚生労働省：地域包括ケアシステム

[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/ch](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/ch)

iiki-houkatsu/ (2013年6月1日)

厚生労働省:地域包括ケアの理念と目指す姿について(平成22年度地域包括ケア推進指導者養成研修資料)<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000uivi.html>

厚生労働省:人口動態統計年報「死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移」2011.<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/>(2011年12月1日)

厚生労働省:人口動態統計年報「死亡の場所別にみた死亡数・構成割合の年次推移」2011.<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/suii10/>(2011年12月1日)

厚生労働省:平成24年度介護保険事業状況報告(年報),2012.(2015年4月1日)  
[http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/12/dl/h24\\_gaiyou.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/12/dl/h24_gaiyou.pdf)

厚生労働省:終末期医療に関する意識調査等検討会:人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書,2014.(2015年4月1日)  
[www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/h260425-02.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/h260425-02.pdf)

厚生労働省:平成27年(2015)人口動態統計(確定数)の概況(2016年9月8日)  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei15/>

社会保障審議会介護保険部会「介護保険の見直しに関する意見」(平成16年7月30日)  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/dl/s0730-5a.pdf>

社会保障審議会介護保険部会(第45回)資料6:認知症有病率等調査について 都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応2013.(2013年6月6日)

社会保障制度改革国民会議:社会保障制度改革国民会議報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～(平成25年8月6日)29,2013.

外山義編著:グループホーム読本 痴呆性高齢者ケアの切り札,ミネルヴァ書房,京都,2000.

山井和則:グループホームの基礎知識,リヨン社,東京,2003.

泉田照雄:ユニットケアの実践.外山義・辻哲夫・大熊由紀子・ほか,ユニットケアのすすめ,119-270,筒井書房,東京,2000.

中島紀恵子編著:グループホームケア認知症の人々が生きる場所 改訂版,日本看護協会出版会,東京,2005.

永田久美子:認知症高齢者ケアマネジメントセンター方式(センター方式)の概要,認知症介護研究・研修東京センター,新しい認知症介護—実践者編—,189,中央法規,東京,2005.

山口幸:認知症高齢者介護におけるグループホームケアの効果に関する実証的研究,社会福祉学,46(2),100-111,2005.

佐藤弥生:認知症対応型共同生活介護におけるケア効果の評価,介護福祉学,13(2),248-254,2006.

西尾敦史:沖縄県における地域介護資源の現状—地域密着型サービスを中心に—,沖縄大学人文学部紀要,11:13-29,2009.

西尾敦史:小規模多機能型居宅介護と家族・地域社会—宮古島市における実践と自治体政策—,地域研究,7:1-18,2010.

高田祥子・谷川明日香:小規模多機能型居宅介護事業の現状と課題—福井県を事例に—, 福井大学教育地域科学部紀要V(応用科学 家政学編)48, 1-29, 2009.

公益社団法人日本認知症グループホーム協会:平成 21 年度老人保健健康推進事業による研究報告書 認知症グループホームの実態調査報告書, 9, 東京, 2010.

公益社団法人日本認知症グループホーム協会:平成 24 年度老人保健推進等事業による研究報告書 認知症グループホームにおける利用者の重度化の実態に関する調査研究報告書, 26, 東京, 2013.

公益社団法人日本認知症グループホーム協会:介護給付費分科会ヒアリング資料, 2011. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ft9d-att/2r9852000001fthd.pdf> (2014 年 12 月 15 日)

公益社団法人全国老人福祉施設協議会/老施協総研:平成 26 年度老人保健事業推進費等補助金(老人保健健康増進等事業分)事業 特別養護老人ホームにおける看取りの推進と医療連携のあり方調査研究事業報告書, 東京, 2015.

千葉真弓・奥野茂代・太田規子・ほか:グループホームで暮らす認知症高齢者への終末期ケアの課題, 高齢者のケアと行動科学, 12(1), 30-34, 2006.

細田江美・千葉真由美・渡辺みどり・ほか:グループホームにおける終末期ケアの取り組み状況と課題(第2報); 医療法人・社会福祉法人・NPO法人による比較, 日本看護福祉学会誌, 19(1), 63-75, 2013.

平川仁尚・植村和正・葛谷正文:高齢者介護施設における終末期ケアの実施および施設長向け教育に関する課題, 医学教育, 39(4), 245-260, 2008.

平川仁尚・安井浩樹・青松棟吉・ほか:高齢者の終末期ケアを実践する上級介護職員のためのワークショップの効果, Hospice and Home Care, 19(3), 316-323, 2011.

加賀美亜矢子・片平伸子:認知症高齢者グループホームのターミナルケアに関する文献調査, 日本看護学会論文集 老年看護, (43), 74-77, 2013.

山崎尚美・百瀬由美子:認知症高齢者グループホームの終末期ケアにおける看護活動の実態と課題, 愛知県立大学看護学部紀要, (20), 9-16, 2014.

平木尚美・大町弥生:認知症高齢者グループホームの終末期ケアに対する介護職員の思い, 日本看護福祉学会誌, 13(2), 119-131, 2008.

平木尚美・百瀬由美子:認知症高齢者グループホームの終末期ケアにおける看護活動の実態と介護職が看護師に期待する役割, 日本看護福祉学会誌, 16(2), 85-96, 2011.

木下康仁:改革進むオーストラリアの高齢者ケア, 52, 東信堂, 東京, 2007.

西村周三:地域包括ケア—国際的視覚から. 西村周三監, 地域包括ケアシステム「住み慣れた地域で老いる」社会をめざして, 1, 慶応義塾大学出版会, 東京, 2013.

宮島俊彦・高橋紘士・葛谷正文:世界に向けた日本発の新たなコンセプト「地域包括ケアシステム」の展望とは「介護サービス事業の経営実務」追録第 81~82 号別冊, 第一法規, 2013.

寺川優美・田中紀之・三浦研・他:豪雪・過疎地域における在宅高齢者の人的交流に関する

る研究 高齢者の居住継続成立要件に関する研究(その1), 日本建築学会計画系論文集, 第571号, 69-76, 2003.

松岡洋子:エイジング・イン・プレイスと高齢者住宅 日本とデンマークの実証的比較研究, 15, 新評論, 東京, 2011.

高島佑記・久保川真由美:グループホームにおける終末期ケアの実施要因と課題ー終末期ケアを体験した専門職者の面接調査からー, 日本看護学会論文集 地域看護, 120-122, 2012.

兼田美代:グループホーム等小規模多機能型居宅介護士説における看取りの実態ーインタビュー調査から「豊かな看取り」を検索するー, 甲南女子大学研究紀要集, 5, 119-127, 2011.

松井美帆・新田章子・川崎涼子:認知症グループホーム職員における看取りの意識, ホスピスケアと在宅ケア, 18(1), 9-12, 2010.

齊藤京子:グループホームでの看取りに向けて訪問看護師に求められる介護職への支援, 日本看護学会論文集 地域看護, 19-22, 2014.

金圓景・奥田佑子:認知症高齢者グループホーム管理者の主な業務内容および抱える困難, 日本認知症ケア学会誌, 13(4), 739-748, 2015.

渡辺康文:認知症対応型共同生活介護・小規模多機能型居宅介護事業所の地域密着型外部評価結果における問題点・課題と改善の考察, 厚生指針, 62(4):17-25, 2015.

北村育子・永田千鶴:エイジング・イン・プレイスを果たすための条件に関する一考察 小規模多機能事業と認知症グループホームを併設する事業所を対象とした調査の結果から, 日本福祉大学社会福祉論集, 128, 7-22, 2013.

北村育子・永田千鶴・松本佳代・森塚恵美・清永麻子:認知症高齢者の在宅生活継続を可能にする地域包括支援センターを中心とする専門職連携の有効性に関する一考察, 日本福祉大学社会福祉論集, 130, 191-208, 2014.

北村育子・永田千鶴:地域包括支援センターによる認知症高齢者の在宅生活継続支援ー専門職の連携に着目して, 日本福祉大学社会福祉論集, 133, 1-16, 2015.

清永麻子・永田千鶴・堤雅恵:認知症を有する大腿骨近位部骨折患者の在宅復帰に向けてー回復期リハビリテーション病棟看護師が実施している看護の実態ー, 日本リハビリテーション看護学会誌 6(1), 34-43, 2016.

永田千鶴・松本佳代・平上真紀子:認知症高齢者ケアの地域支援のあり方に関する研究ー小規模多機能型居宅介護サービスの利用を通してー, 財団法人フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団研究助成・事業助成報告書, 平成19年度:1-49, 2008.

永田千鶴:グループホームにおける認知症高齢者ケアと質の探究, ミネルヴァ書房, 京都, 2009.

永田千鶴・松本佳代:報告書「エイジング・イン・プレイス」を果たす認知症高齢者ケアモデルの開発ー福岡市および熊本の小規模多機能事業所の調査研究を通して, 2009.

永田千鶴・松本佳代・東清巳・根本博代・石原千晴・北村育子:報告書“エイジング・イン・プレイス”を果たす居住形態別認知症高齢者ケアモデルの開発, 2010.

永田千鶴・松本佳代:エイジング・イン・プレイスを果たす小規模多機能型居宅介護の現状と課題. 熊本大学医学部保健学科紀要, 第 6 号, 43-62, 2010.

永田千鶴・東清巳・松本千晴・松本佳代・北村育子:エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデルの開発ー小規模多機能事業所編ー, 熊本大学医学部保健学科紀要, 第 7 号, 71-83, 2011.

永田千鶴・北村育子・本郷秀和・東清巳・松本佳代・松本千晴:エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデルの開発ー地域密着型介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)におけるケアサービスの探究ー, 熊本大学医学部保健学科紀要, 第 9 号, 39-51, 2013.

永田千鶴・北村育子・本郷秀和ほか・東清巳・松本佳代・松本千晴:エイジング・イン・プレイスを果たす地域密着型事業所別認知症高齢者ケアモデルの開発 平成 22~24 年度科学研究費助成事業基盤研究(C)研究成果報告書, 2013.

永田千鶴・北村育子・松本佳代・東清巳・松本千晴・本郷秀和:エイジング・イン・プレイスを果たす認知症高齢者ケアモデルの開発ー小規模多機能事業所併設グループホームにおけるケアサービスの探究ー, 熊本大学医学部保健学科紀要, 第 10 号, 15-26, 2014.

永田千鶴・北村育子:地域包括ケア体制下でエイジング・イン・プレイスを果たす地域密着型サービスの機能と課題. 日本地域看護学会誌, 17(1), 23-31, 2014.

永田千鶴・松本佳代・北村育子・清永麻子:認知症疾患医療センターが担う在宅支援ー独自の支援と地域包括支援センターとの連携による支援内容の分析ー, 山口医学, 64(3), 183-189, 2015.

永田千鶴:グループホームがもつ強みをいかした認知症ケアの実践, 臨床精神医学, 45(5), 559-564, 2016.

永田千鶴:地域密着型サービスが地域包括ケアシステムで果たす機能と看護職の役割, 老年看護学 21(1), 5-9, 2016.

永田千鶴・清永麻子・堤雅恵・松本佳代・北村育子:地域密着型サービスでの看取りの実現ーフォーカスグループディスカッションによる研修を通してー日本地域看護学会誌 19(2), 22-30, 2016.

## 研究発表資料(抄録)

### 1. 第33回日本看護科学学会学術集会(2013/12/6-7 於大阪国際会議場)

#### 発表演題:地域包括ケアにおける地域密着型サービスの機能

##### ーエイジング・イン・プレイスを果たすケアモデルの検討ー

発表者:永田千鶴・松本佳代

#### 【目的】

高齢者が認知症になっても尊厳を保ちながら「エイジング・イン・プレイス:高齢期になっても住み慣れた地域・自宅、あるいは施設で継続した生活を送る」を実現するために、地域密着型サービスが提供するケアサービスの現状と課題を明らかにし、地域包括ケアシステムにおいて果たすべき機能を整理する。

#### 【研究方法】

平成22年度～24年度にかけて、小規模多機能型居宅介護(以下小規模多機能と称す)、地域密着型介護老人福祉施設(以下地域密着型特養と称す)、小規模多機能併設の認知症高齢者共同生活介護(以下小規模多機能併設のグループホームと称す)の3つの地域密着型サービスが、エイジング・イン・プレイスを果たすために提供するケアサービスの内容について、指標として活用できるように極力標準化した認知症高齢者ケアモデルを作成し、妥当性を検証した(平成22～24年度科学研究費助成事業基盤研究(C)22592591)。これらケアモデルのケアサービス内容の「重要性」と「活用性」を問う量的調査や因子分析の比較検討から、ケアサービスの現状と課題を整理する。さらに、小規模多機能、地域密着型特養、小規模多機能併設のグループホームそれぞれの特性を踏まえ、地域包括ケアシステムにおいて果たすべき役割や今後の展望への示唆を得る。(倫理的配慮:熊本大学大学院生命科学研究部一般研究倫理委員会の承認を得た。2010年倫理第374号、2011年倫理第448号、2012年倫理557号)

#### 【結果】

地域密着型サービスの特性としては、①従来の介護保険サービスとは異なり、小規模・小人数・ユニット型による個別ケアが徹底できること、②地域や家族とのつながりが強いこと、③終末期ケア・看取りを重視していること、一方で、終末期ケア・看取りにおいて、④医療ニーズに応えることは相当に困難であることが明らかになった。

#### 【考察】

3つの地域密着型サービスのいずれにおいても、エイジング・イン・プレイスを実現するためには、要となる医療ニーズに応えることの困難さが挙げられた。地域包括ケアシステム

では、24時間の医療提供が位置付けられている。しかし、医療は有限であり、まずは、これら地域密着型サービスでの利用者の生きる力に応じた必要最少の医療提供のあり方を明確にし、地域密着型サービスならではの事業所との強いつながりをいかした家族による看取りを支える環境を整えることが必要である。そのためには、地域密着型サービスにおける限られた医療への理解を専門職に加え家族を含む地域住民から得ることと、たとえばどの事業所へもかかりつけ医や訪問看護師が訪問できるような、事業の枠を超えたケア提供が可能となるシステムにすることが求められる。

## 2. 日本地域看護学会第18回学術集会(2015/8/1-2 於パシフィコ横浜)

### 発表演題:地域密着型サービスでの看取りの実践

発表者:永田千鶴・松本佳代・中原恵美・清永麻子・北村育子・堤雅恵

#### 【緒言】

本研究では、地域密着型サービス(以下、地域密着型)の特徴をいかした終末期ケア・看取りの実践に向けて、グループワークを主体とした研修を企画・実践し、グループワークでの発言内容を分析することで、看取りの実際と今後の課題を明らかにし、その解決策を検討することを目的とした。

#### 【方法】

研究デザインは質的記述的研究であり、Berelsonの内容分析の手法を用いて分析した。

対象は、A市の24か所の認知症対応型共同生活介護(以下、グループホーム)および小規模多機能型居宅介護(以下、小規模多機能)に研修の案内状を郵送し、参加希望があった11事業所の職員18人である。研修は2日間行い、1日目は、看取りの実践内容に関する話題提供を受けた後に3つのグループに分かれて①話題提供に対する疑問点、②課題について検討した。2日目は、認知症について、死に向かう身体変化、家族への対応、死後のケアについて情報提供を行った後に1日目と同様にグループワークを実施した。検討内容は①課題への解決方法、②他の利用者との「死」の共有の可能性についてである。

得られたデータは、文字化して熟読した後、分析により重要アイテムを抽出してコード化、カテゴリー化した。分析過程では、共同研究者間の意見の一致をみるまで議論を重ねた。

#### 【倫理的配慮】

研究の趣旨、研究の任意性、同意撤回の自由、研究に参加しない場合でも不利益を被らないこと、プライバシー保護の遵守、得られたデータは他の目的に使用しないこと、データの事後処理、プライバシーに配慮した研究成果の公表を記載した研究協力依頼書を提示して説明し、承諾書を受領した。本研究は、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会の承



認を得て実施した。(研究期間:2014年7月~2015年3月)。

#### 【結果】

看取りの経験は『日常の延長線』『葛藤』『力量』『工夫』『地域密着型で看取る』の5つのカテゴリーで構成され、課題には、「重い責任」「困難な連携・協働体制」「制度上の問題」「死に対する教育不足」「看取りへの理解不足」が挙げられた。

#### 【考察】

本研究から、地域密着型での看取りの実践は『日常の延長線』上にあり、『葛藤』をかかえながらも、『力量』を備えて、スタッフ間で『工夫』・協力して実践していることが明らかになった。『日常の延長線』上で、ぎりぎりまで通常の生活をし、当たり前のこととして看取りが実践される一方で、夜間1人での対応や、入院しての延命か事業所での自然な死の選択でのスタッフにかかる「重い責任」、24時間対応が「困難な連携・協働体制」、「制度上の問題」により『葛藤』が生じていた。しかし、少ないスタッフの中、他の入居者とケアの時間をずらし、家族に早めに見通しを伝えること、チームワークなどの『工夫』により、看取りを実現させていることがわかった。以上のことから、看取りが『日常の延長線』と受け止められるまでには、試行錯誤による事例の積み重ねが必要であると考えられた。今後は、「死に対する教育不足」や「看取りへの理解不足」の解消に向けて、地域密着型で看取りが可能であることを知る研修の機会を、専門職や事業所に加え、家族や地域住民を対象として設けることが重要であると考えられた。

(平成25~28年度科学研究費助成事業 基盤研究(C)25463554)

### 3. The 6<sup>th</sup> International Conference on Community Health Nursing Research

August 19-21, 2015,

Seoul National University Cultural Convention Center, Seoul, Korea

End-of-life Care through CBS Enables Older People with Dementia to Age in Place

Nagata C, Matsumoto K, Kitamura I, Nakahara M, Kiyonaga A, Tsutsumi M

#### 1. Objectives

This study aims at developing a “practice model for end-of-life care by taking advantage of the characteristics of community-based services (“CBS”)” so as to enable the practice of end-of-life care for older people with dementia through CBS.

#### 2. Method

Focus group interviews were conducted with ten individuals, including the managers

of three different CBS facilities that are actively practicing end-of-life care. We analyzed the data representing diversified viewpoints of different lines of business and various types of jobs in the field of care in a qualitative and descriptive manner.

### 3. Results

In the model, the attributes of CBS were categorized into “collaboration with community residents,” “provision of care by utilizing the merits of unit care,” and the issues faced in the practice of end-of-life care were categorized into “collaboration with medical facilities,” “skills of care providers in end-of-life care.” Especially, “collaboration with community residents” consists of “continuation of the life in a community got used to living,” “maintain the bond in a community,” “establish of the service hub in a community,” that is property of CBS.

### 4. Conclusion

We attempted to develop a practice model for end-of-life care that would be only possible through CBS. The important issue that should be addressed hereafter is the planning and implementation of training programs to lay the foundation for building an education and support system necessary to ensure the effective utilization of this model.

#### 4. 日本地域看護学会第19回学術集会(2016/8/26・27 於自治医科大学)

発表演題:地域密着型サービスでの看取りの実現

ーグループホーム職員と利用者家族・住民を対象とした看取りケア教育の実施ー

発表者:永田千鶴・清永麻子・堤雅恵

#### 【緒言】

本研究は、地域密着型サービス(以下、地域密着型)での看取りの実現に向けて実施した看取りケア教育に関する研修(以下、研修)後のアンケートによるデータを分析することで、職員と家族・住民の、地域密着型での看取りに対する意見の違いや研修後の看取りへの意識の変化を明らかにすることを目的とする。

#### 【方法】

A市(総人口約17万人)のB校区で、2015年7月18日と8月5日に同じ内容の研修を実

施した。対象は、この研修に参加したB校区にある認知症対応型共同生活介護(グループホーム、以下GH)の職員 10 名と利用者家族および同校区の自治会住民(民生児童委員を含む)36名である。研修後に対象者の属性(性別、年代、看取りの経験の有無)と、地域密着型での看取りに対する賛否、記述による研修に対する意見・感想を問うアンケートを実施した。得られた属性などのデータは単純集計し、記述データは内容分析の手法を用いて質的記述的に分析した。分析の方法は、記述データから記録単位を抽出してコード化、カテゴリー化(以下、サブカテゴリー「」、カテゴリー«»)した。

### 【倫理的配慮】

B校区のGHのある地区の自治会長、GHの施設長、同地区の民生児童委員長の同意と承諾書を得た上で、対象者に研究の趣旨、研究の任意性、同意撤回の自由、研究に参加しない場合でも不利益を被らないこと、プライバシー保護の遵守、得られたデータは他の目的に使用しないこと、データの事後処理、プライバシーに配慮した研究成果の公表を記載した依頼書を調査用紙と一緒に配布し、調査用紙への記載と提出により研究協力への同意を得たものとした。本研究は、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。


### 【結果】

GHの職員 10 名のうち、病院で 4 名、施設で 1 名が看取っていた。一方、家族・住民 36 名のうち、病院で 30 名、自宅で 4 名が看取っていた。地域密着型での看取りに対して、職員は賛成 4 名、反対 1 名、どちらともいえない 4 名であり、家族・住民は 36 名全員が賛成であった。研修内容に対する意見・感想の分析では、職員は«死に対するマイナス感情»«看取り体制の不備»«力量不足»を訴える一方で、«本人・家族の理解»があれば、看取りに賛成とする者もいた。家族・住民では、«地域密着型での看取りの利点»や«看取りの場の選択肢の拡大»を認めた。そして、職員および家族・住民双方に«研修で得た有用な知識»や«研修で前向きに変化した看取りへの意識»が認められた。

### 【考察】

地域密着型での看取りについて、同じ研修を受けたにもかかわらず、職員と家族・住民の受け止め方には、違いがあった。地域密着型での看取りは、家族・住民にとっては、看取りの場の選択肢の 1 つとして受け入れられたが、職員には、賛成できないとする意見もあった。これは、高齢者との日々を過ごす職員にとって、差し迫った課題であり、実践すべきだと理解しているものの踏み出せない葛藤があるものと考えられる。しかし研修後、職員にも「学んだことでの不安の緩和」や「看取りに臨む覚悟」など前向きな意識の変化が認められ、研修の有用性が示唆された。

(平成 25～28 年度科学研究費助成事業 基盤研究(C)25463554)



## Exploring the needs of community care workers to enable older people with dementia to age in place

• Nagata C.<sup>1</sup>, Matsumoto K.<sup>2</sup>, Kitamura I.<sup>3</sup>, Nakahara M.<sup>4</sup>, Kiyonaga A.<sup>1</sup>, Tsutsumi M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>: Yamaguchi University Graduate School of Medicine, Japan  
<sup>2</sup>: Kumamoto University, Japan <sup>3</sup>: Nihon Fukushi University, Japan <sup>4</sup>: Kumamoto Health Science University, Japan

---

### 1. Purpose

Ideally older people with dementia living in the community should be able to have their end-of-life care wherever they live. This study aimed to develop a practice model for end-of-life care using community-based services (CBS) for older people with dementia.

### 2. Methods

This study comprised two phases. Phase one was focus group interviews conducted in 2013 with ten workers from three different CBS facilities where active end-of-life care was provided. Data were analyzed in a qualitative and descriptive manner. Phase two was a two-day workshop in 2014 for community workers using the results of phase one.

**Focus group interviews (2013)**

**Aims:** To develop a practice model for end-of-life care through CBS for older people with dementia.

**Participants:** ten workers who were actively providing end-of-life care.

➔

**Planning workshop program (2013-2014)**

We created a workshop program based on the practice model from the interviews.

The important issue was that we needed to build an education program for workers at CBS.

➔

**Workshop (2014)**

**Participants:** 18 CBS workers in which 13 workers had experience of end-of-life care.

**Contents of program:** near-death body change, how to deal with family, postmortem care

**Group work:** We discussed how to collaborate with other medical services and facilities.

### 3. Results and Discussion

Four concepts arisen from analysis and used in the workshop were collaboration with community residents, provision of care utilizing the merits of unit care, collaboration with other medical agencies, and skills in end-of-life care. Workshop discussions were performed on care workers' fear of death, perception of lack of required skills, using the unit's strength to provide care; and lack of collaboration with other medical services. The provided education included possible body changes in the period leading up to death, dealing with families, effective inter-service collaboration, and post-mortem care.


In discussions participants with a lot of experience reassured other participants, who were concerned about providing end-of-life care along with other responsibilities, that end-of-life care was not a burden. This study suggested that learning how to practice the end-of-life care through the examples of practice model and obtaining necessary information would lead workers to realize the feasibility of their end-of-life care and to have the will to provide such care. The workshop assisted them to build their network.


It is expected that education programs for families and community residents will enable them to accept the idea of facing the end at CBS facility and this will facilitate the aging in place.


### 4. Conclusions

Building information network among community workers and developing education and support systems for workers, family, and residents is necessary to realize end-of-life care through CBS.


Workshop held in 2014







End-of-life care education leaflet



Workshop at CBS facility for residents in 2015

